

Rosilda Veríssimo Silva

**POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E A  
POSSIBILIDADE DE HOSPITAIS PROMOTORES DA SAÚDE**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira.

Florianópolis  
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Rosilda Veríssimo

Política de educação permanente e a possibilidade de  
hospitais promotores da saúde / Rosilda Veríssimo Silva ;  
orientador, Walter Ferreira de Oliveira - Florianópolis,  
SC, 2016.  
266 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós  
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. saúde coletiva. 3. educação no  
trabalho. 4. hospital. 5. promoção da saúde. I. Oliveira,  
Walter Ferreira de. II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.  
Título.

Rosilda Veríssimo Silva

**POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E A  
POSSIBILIDADE DE HOSPITAIS PROMOTORES DA SAÚDE**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de Doutora em Saúde Coletiva e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 02 de setembro de 2016.

---

Prof. Josimari Telino Lacerda, Dr.<sup>a</sup>  
Coordenadora do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Walter Ferreira de Oliveira, Dr.  
Orientador, Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Maria Alves de Toledo Bruns, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup> Ana Karina Bezerra Pinheiro, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal do Ceará (videoconferência)

---

Prof.<sup>a</sup> Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Celso Reni Braidá, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina



Esta tese é dedicada aos profissionais de saúde que se desdobram nas vivências cotidianas para atender às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, seja de administração pública ou privada, que enfrentam as próprias limitações e imposições do modelo societal brasileiro. A esses trabalhadores e trabalhadoras que se mantêm na luta em defesa de condições mais justas no atendimento e de desempenho de suas atividades laborais. Especialmente, aos participantes desse estudo que são os protagonistas no texto apresentado. Espero fazer jus a essa temporalidade que estivemos juntos. Dedico aos meus pais Antonio Veríssimo Silva e Odete Veríssimo Silva que me deram desde cedo incentivo para buscar os meus sonhos. Dedico ao Valter Fernandes Bustos, companheiro e amigo, sempre me fortalecendo e questionando as minhas quase certezas.



## AGRADECIMENTOS

Aos brasileiros que comigo financiaram a formação nas melhores universidades do país;

Aos meus familiares, especialmente as irmãs e irmãos em seu apoio durante a execução de meus projetos de vida;

Às colegas Carin Loeffler e Kátia Loeffler pelos momentos de companheirismo e acolhida em Florianópolis;

Ao professor Walter Ferreira de Oliveira pelas oportunidades para o meu desenvolvimento como pesquisadora, instigando o estudo filosófico e fenomenológico, a participação em debates sobre políticas públicas, a organização de encontros científicos e a editoração do número especial dos Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Aprendi um pouco mais da docência com ele;

A Maria Gorete M. Savi que sempre abriu sua agenda de trabalho na biblioteca para dividir o conhecimento;

Ao professor Roberto Wu pelas dicas, textos e escuta de minhas construções;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva com os quais eu tenho aprendido a me construir enquanto profissional na Saúde Coletiva;

Aos membros da banca que prontamente aceitaram o convite e partilham dessa construção comigo, ensinando as trilhas da Saúde Coletiva, Filosofia, Fenomenologia e Gestão.

Aos colegas alunos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela amizade e convivência, em especial a Susana Soares e Soraia Catapan com quem eu compartilhei a fenomenologia mais de perto;

A colega doutoranda Elyana Sousa, com a qual a parceria e o envolvimento no Grupo de Pesquisa começaram. Que possamos divulgar mais ainda nossas contribuições como profissionais, pessoas e pesquisadoras para a sociedade mundo afora;

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde sempre me permitindo sair do meu universo de pesquisa ao compartilharem os seus;

Aos colegas do Mestrado Profissional em Saúde Mental com quem eu desenvolvi outros olhares para a saúde e dividi as energias na organização dos Encontros Catarinense de Saúde Mental.

Aos colegas que me apoiaram durante essa caminhada.





Ao contrário, as modalidades de acesso e interpretação devem ser escolhidas de modo que esse ente possa mostrar-se em si mesmo e por si mesmo.  
(Heidegger, 2011)



## RESUMO

Os profissionais de saúde ocupam centralidade na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde brasileira. Estudos produzidos discutindo essa temática destacam a adjetivação da educação procurando diferenciá-la com a educação continuada. A partir de discussões do campo da educação defendemos que a pauta é a educação no trabalho, assentada na pedagogia participativa e na concepção de aprendizagem ao longo da vida. Com essa crença acreditamos que essa prática, assentada na referida política pode trazer substanciais mudanças no hospital tornando-o promotor da saúde. Estudo qualitativo com profissionais de saúde com vínculos empregatícios em dois hospitais de Santa Catarina, um de administração pública e outro privada, no qual objetivamos compreender suas vivências com a educação em serviço com vistas ao hospital promotor da saúde. Experiências nesse sentido têm sido orientadas e vivenciadas na Europa, Canadá, Ásia e Austrália seguindo as orientações da Carta de Ottawa na estratégia de reorganização dos serviços de saúde. Buscamos informações nas listas de presença em ações educativas os auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos com maior frequência entre os anos de 2009 e 2014. Para a seleção dos participantes foram entregues questionários os quais indicaram a disponibilidade de cada um em participar, conforme a quantidade de vínculos empregatícios e atuação na assistência direta aos pacientes internados. Participaram também gestores dos serviços de ensino e institucionais. Foram conduzidas duas entrevistas gravadas com cada um dos 12 participantes, sendo a metade lotada na organização pública e a outra na instituição privada. A fenomenologia hermenêutica de Heidegger, a hermenêutica filosófica de Gadamer e Van-Manen fundamentaram as análises. Foram elaboradas como temáticas nas vivências na educação: o modo de ser impessoal mostra a educação na mundanidade do ser-no-mundo; o ser-no-mundo interpreta a educação no trabalho que gera expectativas, muda destinos e desperta o ser-em-si; a compreensão da educação no trabalho como uma coisa dada ou invisível que ajuda a lembrar do outro; a educação no trabalho que facilita compreender o outro e com o qual se preocupa e educação no trabalho planejada conforme as necessidades do pessoal e do serviço. Sobre a promoção da saúde elaboramos as tematizações: a multidisciplinaridade e o desenvolvimento de vínculos; a temporalidade de promover a saúde; o modo de ser-junto-com é aliado do desencobrir-se em seus limites, do encobrir-se no impessoal para a promoção da saúde; a promoção da saúde na temporalidade do ser-com: ganhos e lógicas da promoção da saúde no hospital

e o ente promoção da saúde destaca o ser-junto-com do profissional de saúde. As vivências centralizam a dimensão técnico-instrumental com discursos para a melhora da assistência ao paciente. A promoção da saúde também tem o paciente como foco a partir da dimensão preventiva. Esses constructos seguem as concepções de gestão para o ensino no trabalho. Concluimos que a educação é elemento de gestão que se constitui um caminho para reorganizar o hospital promotor da saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva. Pesquisa Qualitativa. Promoção da Saúde. Serviços de Saúde. Educação Continuada. Profissional de Saúde.

## ABSTRACT

Health professionals occupy a central role on Brazilian Health National Policy for Permanent Education. Some studies have discussed this issue highlighting qualification of education, looking it differently as continuing education. The agenda of educational field discuss education at work, based on participatory pedagogy and of the concept of learning throughout life. Said that, we believe that this practice, based on the mentioned policy, can bring substantial changes to hospitals, helping it to become health promoters. Qualitative study was carried with health professionals employed in two hospitals in Santa Catarina, one public and other private. The aim was to understand their experiences with education in practice considering a promoting health hospital. Experiences like these have happen in Europe, Canada, Asia and Australia following Ottawa Charter guidelines on health services' reorganization strategy. We have looked at presence lists of educational activities, and include auxiliaries and nursing technicians, nurses, physiotherapists and doctors with higher frequency between 2009 and 2014. Then we distributed questionnaires to select participants, indicating individual availability to participate considering their hours of work and preference was given to those who work directly assisting hospitalized patients. Also we invited managers of educational and institutional services. Two interviews were conducted and recorded with each of the 12 participants, half of them from public and another half from private institutions. Hermeneutic phenomenology of Heidegger and philosophical hermeneutics of Gadamer and Van-Manen substantiate the analysis. There were elaborated thematic groups of experience in education: manner of being impersonal shows education in worldliness of being in the world; being in the world interprets education at work and generate expectations, change destinations and awake the being-in-itself; comprehending education at work as something given or invisible that helps to remember the other; education at work that helps understand the other whom care and education at work planned according to the needs of staff and service. On health promotion we elaborated the follow thematic groups: multidisciplinary and development of bonds: temporality to promote health; being together with its helps to uncover its own limits, hiding on the impersonal to promote health; health promotion on the temporality of being-with: gains and logic of health promotion in hospital and health promotion highlights being together with health professional. Experiences were centralized to technical and instrumental dimensions and

speeches were directed to patient care improvement. Health promotion also has focus on the patient on preventive dimension. These constructs follows management concepts for teaching at work. We conclude that education is a management element and a way to reorganize promoting health hospitals.

**Keywords:** Public Health. Qualitative Research. Health Promotion. Health Services. Education, Continuing. Health Personnel.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1- Número total de hospitais por porte em cada macrorregião do Estado de SC .....	128
------------------------------------------------------------------------------------------	-----





## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Modelo para coleta de dados.....	235
---------------------------------------------	-----



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características dos hospitais coparticipes quanto a número de leitos, gestão, tipo de atendimento e característica de atendimento.....	51
Quadro 2 - Profissionais de saúde segundo categoria profissional e instituição hospitalar.....	51
Quadro 3 - Distribuição de profissionais de saúde conforme jornada de trabalho semanal e tipo de contrato no hospital 1.....	52
Quadro 4- Distribuição de profissionais de saúde conforme carga horária de trabalho semanal e tipo de contrato no hospital 2.....	53
Quadro 5- Pesquisa bibliográfica conforme biblioteca, chave de busca, número de títulos encontrados e número de títulos selecionados.....	237
Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica e sócio-profissional dos gestores e profissionais de saúde participantes da pesquisa.....	243
Quadro 7- Atividades e internas externas de educação no trabalho no hospital 1, realizadas por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros de acordo com o tipo, modalidade e ano.....	256
Quadro 8- Atividades externas e internas de educação no trabalho do hospital 1 realizadas pelos fisioterapeutas e médicos.....	259
Quadro 9- Atividades e internas externas de educação no trabalho no hospital 2, realizadas por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros de acordo com o tipo, modalidade e ano.....	261
Quadro 10 - Atividades externas e internas de educação no trabalho do hospital 2 realizadas pelos fisioterapeutas e médicos.....	264



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DATASUS - Departamento de Estatísticas do SUS

LDBEN – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LOS - Lei Orgânica da Saúde

OCDE – Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PRO-HOSP - Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura



## **GLOSSÁRIO**

Circunvisão – visão prévia a partir da utilização das coisas.

Dasein – o modo de ser do ente humano; ser-aí; estar-aí; o modo como o ser humano é visto filosoficamente em seu modo de ser no mundo.

Mitdasein – o modo de ser do ente humano com os outros entes humanos.

Mundanidade – neologismo utilizado por Heidegger para se referir a vida no dia-a-dia do ente humano, o mundo que existe e no qual ele interage com as suas potencialidades e projeta o seu ser-em-si.

Vorgriff – indica aquilo que é entendido anteriormente no sentido de conceitos.

Vorhabe – indica a posição prévia a respeito de algo; aquilo que temos antes e que queremos destacar em um contexto.

Vorsicht – indica um olhar anterior, abordando o que se obteve da visão prévia como uma interpretação definida





## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	27
1.1 Caminhos reflexivos da promoção da saúde no hospital.....	27
1.2 O hospital como foco de reflexões da prática educativa .....	32
2 OBJETIVOS .....	41
2.1 Objetivo Geral.....	42
2.1.2 Objetivos Específicos .....	42
3 O PERCURSO DO MÉTODO.....	43
3.1 Tipo de estudo .....	43
3.2 Sujeitos de pesquisa .....	45
3.3 Local de pesquisa .....	50
3.4 Métodos.....	54
3.4.1 Procedimentos no H1 .....	58
3.4.2 Procedimentos no H2 .....	62
3.5 Procedimentos de análise .....	65
3.6 Aspectos éticos.....	67
4 EM BUSCA DE FUNDAMENTAÇÃO NO ESTUDO DA EDUCAÇÃO NO TRABALHO E DO MÉTODO FENOMENOLÓGICO - REVISÃO DE LITERATURA.....	69
4.1 A construção de subsídios na educação, profissionais de saúde, hospital e promoção da saúde.....	69
4.1.1 A fenomenologia como elemento de abertura na pesquisa .....	70
4.1.2 Educação no trabalho como princípio ou o princípio do trabalho educativo .....	86
4.1.3 Educação e gestão do trabalho de profissionais de saúde na era da educação permanente .....	96
4.1.4 A política de gestão e reorganização da formação de profissionais de saúde e suas conquistas .....	119
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA EDUCAÇÃO NO TRABALHO DO HOSPITAL COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	151
5.1 Características da educação no trabalho com profissionais de saúde trabalhadores do SUS os resultados nessa pesquisa .....	151
5.1.1 Características da educação no trabalho no hospital 1 .....	152
5.1.2 Características da educação no trabalho no hospital 2 .....	153
5.1.3 O tempo vivido pelos profissionais de saúde com o fenômeno educativo no hospital.....	157
5.2 Discussão.....	180
5.2.1 A educação no trabalho desenvolvido no hospital em análise ...	181

5.2.2 No hospital qual promoção da saúde?.....	191
5.3 Os limites dessa pesquisa.....	205
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	207
APÊNDICE A: Questionário para profissionais de saúde .....	227
APÊNDICE B: Entrevista com profissional de saúde .....	227
APÊNDICE C: Roteiro de entrevista com Gestor do serviço de ensino... .....	229
APÊNDICE D: Roteiro de entrevista com gestor da instituição hospitalar.....	230
APÊNDICE E: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	231

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Caminhos reflexivos da promoção da saúde no hospital

Esta pesquisa tem como inquietação a educação permanente com profissionais de saúde no espaço hospitalar. Especificamente aqueles das áreas fins. O encantamento com o tema partiu de reflexões sobre a vivência da pesquisadora principal como professora em um curso de graduação e do trabalho desenvolvido nos setores de educação continuada e clínica médica em um hospital privado de São Paulo.

Outro componente nessa trajetória de questionamento da realidade foi o estudo da educação no curso de mestrado desenvolvido nessa área. Como professora em Santa Catarina, a pesquisadora desenvolve atividades de ensino em sala de aula e em espaços extraescolares, como unidades de saúde e hospitais de administração pública e privada, ampliando as reflexões sobre a temática.

A educação no trabalho é um elemento para colocar o profissional diante de inovações tecnológicas, de atualização de técnicas e instrumentos de trabalho. O hospital como *locus* de trabalho, conta com um setor específico para o planejamento e desenvolvimento das atividades educativas para os profissionais. Educação continuada e educação em serviço são termos utilizados para nomear o setor que as instituições hospitalares se viram instadas a criar, a partir da década de 1960, em vista do desenvolvimento técnico e científico de tratamento e cura. São desenvolvidas atividades pontuais para se melhorarem processos de trabalho; outras funções são de treinar e capacitar as pessoas para a execução de ações específicas, adaptar o profissional recém-admitido às funções a serem desempenhadas. Privilegia atividades técnico-instrumentais para cada uma das categorias profissionais separadamente.

As críticas por produzir o cuidado aos sujeitos de modo fragmentado, as formas de ensinar articuladas com o modelo de ensino tradicional bem como a abordagem de temáticas centradas na dimensão técnica instrumental, entre outras, levaram ao desenvolvimento de uma prática educativa diferente junto dos trabalhadores de saúde. Tal elemento envolve a realização de ações nos próprios setores de trabalho, sem centralizar em um setor específico; desenvolvido por todos os trabalhadores. Igualmente, fugindo às práticas tradicionais de ensino, requer modalidades ativas de ensino aprendizagem, desse modo tornando a educação uma permanente condição nos serviços. Trata-se da educação permanente.

Trazido do interior dos conceitos gerais de educação, a educação permanente tem sido uma reinvenção, a partir de movimentos da década de 1960, que tinha por finalidade mudar as estratégias de ensino-aprendizagem considerando os aprendizes como sujeitos. Entre esses movimentos citamos o projeto de educação francês reformado no qual a nomenclatura se referenciava ao prolongamento da escolaridade obrigatória. O ideário da educação permanente já fora, ao final dos anos 1950, considerado elemento para assegurar a atividade educativa em todas as idades e etapas da vida. Em 1960 Gaston Berguer lança as bases de uma filosofia da educação permanente como condição para acompanhamento da evolução tecnológica (GADOTTI, 1982).

Ainda sobre os movimentos da época, no pós 1968, relata Gadotti (1982) a Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico (OCDE), a Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Conselho da Europa trabalham em projetos para a reforma do ensino tradicional buscando um sistema de educação permanente, isto é, um elemento integrador da política educacional.

Embora o projeto tenha sido pensado para nações muito desenvolvidas, houve a aceitação do discurso da educação permanente sem reformas educativas necessárias no Brasil (GADOTTI, 1982). Afirma o autor ser o discurso da educação permanente um elemento de justificção para os momentos de crise enfrentados no mundo, tomada pelo mito da educação como salvação, aparecendo como novas as concepções.

Por seu turno, uma concepção de educação com nova roupagem requer formas diferentes de desenvolvimento da relação ensino aprendizagem. Assim, inevitável é mudar as abordagens educativas com o abandono de práticas tradicionais, como o ensino majoritário na formação escolar, elaborado a partir do exercício da docência no qual o professor é o detentor do saber; o ensino-aprendizagem é organizado a partir dessa centralidade. Por seu turno, o aluno está lá para aprender e tem uma postura passiva. Em outras palavras, a aula onde só o professor fala e traz a verdade; na qual ele usa de tecnologias para mostrar o seu saber independente de quem está na relação ensino-aprendizagem (SILVA, 2004).

Opondo-se a esta prática, busca-se estabelecer uma relação entre professor e aluno na qual este seja ativo no aprendizado, ocupando a centralidade no processo; é o aluno como sujeito. Experiências no âmbito da educação popular mostram que o educador Paulo Freire alfabetizou 40 adultos em 40 dias no nordeste brasileiro. Na concepção do educador o aprendiz, como agente de transformação, é burilado na relação

de ensino na qual ele é agente; onde o diálogo é o cimento da horizontalidade com o docente, tornando-se livre para transformar a si e ao mundo. Um campo onde ambos ensinam e aprendem juntos é a educação (FREIRE, 1987).

No encaixo dessa proposta, para o trabalho em saúde no Brasil, a Política de Educação Permanente tem como foco atender às necessidades do sujeito que recebe o cuidado profissional. Para tanto esses trabalhadores precisam reconhecer e serem reconhecidos como agentes no processo ensino-aprendizagem, permeado por trocas e saberes que se integram para localizar e ajudar o sujeito que está sendo cuidado. Também esse sujeito precisa mostrar-se em seu conhecimento e aprender junto.

Tais concepções predominaram no rearranjo curricular brasileiro para as profissões da saúde e na esfera política, a educação permanente, tem como um dos encargos assegurar a instalação e manutenção de uma política de saúde: a do sistema único de saúde. Por meio dela é que os estudantes e profissionais são instigados a serem pró-ativos; ela põe em evidência a necessidade de as próprias instituições de trabalho se organizarem para propiciar que a educação no trabalho tenha esses aspectos e, como em um *continuum*, buscarmos as soluções para problemas identificados para o atendimento integral em saúde (MOTTA, BUSS, NUNES (2001).

Ao longo dos anos a educação permanente vem sendo discutida e, ora se articula com a formação profissional, ora se coloca como prática para a educação no trabalho que deve ser processual e não apenas estanque. Inicialmente apresentada para o desenvolvimento dos trabalhadores da atenção primária à saúde, como atividade que se executa no serviço com metodologias ativas de ensino, envolve aspectos técnicos e relacionais e não se localiza estruturalmente em um setor específico. Trata-se da educação permanente.

Essas modificações prático-conceituais estão sendo desenvolvidas de que forma no hospital?

Durante a execução das atividades no serviço hospitalar, a pesquisadora foi responsável por participar de treinamento e seleção de pessoal de enfermagem e também a elaboração e correção de provas de admissão de trabalhadores dessa categoria profissional. Outras atividades envolviam a participação em grupos de estudos e desenvolvimento de manuais de procedimentos técnicos dentro do hospital, entre eles o manual de procedimentos de enfermagem e o manual do grupo de dor aguda.

O registro de todas as atividades desenvolvidas no setor de Educação Continuada era apresentado mensalmente, sob a forma de relatório, para a gerente de enfermagem. Esta profissional propunha, junto com o grupo de enfermeiras ligadas à supervisão dos serviços de enfermagem desenvolvidos na instituição, temas para reciclagem e treinamento das equipes de enfermagem.

Destacamos que nas atividades realizadas na assistência a pesquisadora trabalhava com a Sistematização da Assistência de Enfermagem para conhecer as necessidades e condições de saúde dos pacientes que internavam. Diariamente eram estabelecidos os cuidados de enfermagem a serem realizados com os pacientes por meio da Prescrição de Enfermagem. Os cuidados de maior complexidade eram feitos pela enfermeira, tais como punção de cateteres totalmente implantados e cateterismo nasoenteral e os demais pelos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Durante os cuidados esses pacientes eram questionados se queriam que o familiar acompanhasse; eram explicadas as ações a serem feitas e, diante da recusa ou negativa respeitávamos e argumentávamos sobre efeitos disso bem como outras possibilidades para obtenção da melhor resposta ao tratamento. Também o paciente e familiares eram chamados para aprender os cuidados quanto ao uso de cateteres inseridos, como o utilizado para diálise peritoneal, curativos e medicamentos. No ato da alta o paciente recebia, também por escrito, orientações gerais sobre cuidados em casa.

Na docência e na atuação assistencial, realizando o cuidado direto com os pacientes, ouvia colocações sobre o trabalho dos demais profissionais de saúde que estavam diretamente envolvidos com o tratamento. Geralmente o trabalho da equipe de saúde foi elogiado e em alguns momentos surgiram falas reticentes sobre determinadas posturas profissionais, a exemplo, não explicar direito o que estava acontecendo.

Somam-se às queixas dúvidas sobre os diagnósticos e informações sobre procedimentos médico-cirúrgico executados por todos os grupos profissionais ou mesmo a ausência de profissional dando retorno sobre alguma dúvida no tratamento. Particularmente no serviço público, uma submissão junto de revoltas pela falta do medicamento, a demora no atendimento ao chamado do paciente ou familiar, do exame demorado, da roupa de cama que não chegava para a arrumação de leito, entre outros.

Por sua vez, os trabalhadores de saúde, especificamente enfermagem e medicina, sempre foram enaltecidos pelos pacientes e familiares, pois eles expressavam perceber que, apesar de todas as dificuldades,

esses dois grupos os atendiam gerando certo bem estar. O médico porque deu o diagnóstico e tratamento que estavam resultando melhoras; a enfermagem porque os atendia com bom humor, fazia determinados procedimentos com precisão, atendia às necessidades do paciente, entre outros.

Ainda na área docente, conversando com profissionais de enfermagem nessas instituições no mesmo período de acompanhamento das acadêmicas, enquanto executava as atividades, ouvíamos lamentações devido às exigências da instituição, feitas por meio das chefias. Algumas vezes era a sobrecarga de trabalho que estava envolvida. Pacientes em estado grave de saúde internados em setores impróprios para o atendimento necessário e o alto número de pacientes por profissional para realizar os cuidados são exemplos.

Isso implicava priorizar o atendimento daqueles pacientes com um quadro de doença mais grave. E, no último momento que antecedia o final da jornada de trabalho diária, eram feitas as anotações do cuidado no prontuário do paciente, as quais não refletiam todo o cuidado que o profissional executou com os sujeitos durante as suas atividades laborais.

No ensino, as acadêmicas questionavam: como pode a professora querer que eu cuide e anote se os trabalhadores não fazem assim? Como a professora quer que eu oriente e cuide do paciente e da família se a enfermeira aqui sequer visita os pacientes ou põe a mão neles? Como a enfermeira vai fazer o exame físico se ela está com 40 pacientes?

Frente a tais questionamentos, que diziam claramente que a academia ensina coisas que não funcionam na prática, procurava fazer intermediação solicitando que elas pensassem sobre o significado da sobrecarga de trabalho e também como gostariam de ser cuidadas e cuidar enquanto profissionais. Algumas vezes percebia que a reflexão causava certo estranhamento do espaço de ensino teórico-prático e outras que ficava um descontentamento por não ter uma resposta direta e objetiva. Por que elas tinham que ser avaliadas por atividades que deveriam de ser executadas, mas que na vida concreta e cotidiana dos serviços nem se considerava ou se discutia como necessidade?

Foi então que as inquietações ficaram mais definidas com a problematização da avaliação do ensino, que foi discutido na pós-graduação nas ciências da educação. A pesquisadora principal aprendeu que os problemas tinham começado a se apresentar mais radicalmente e precisava desse momento reflexivo para apreendê-los. Novamente a docência fez debruçar-se sobre o tema da educação pensando em entender a dinâmica, busca ou alcance que se pretendia com a implantação de

uma política de educação permanente para os profissionais de saúde no país.

Enquanto estudava para organizar os conteúdos da aula a ser discutida com acadêmicas de enfermagem interrogava: o que realmente isso quer dizer? E na medida em que lia mais percebia que parecia uma mágica; todos os problemas dos serviços eram resolvidos com a educação permanente. Se o usuário reclamava da falta de atendimento ou das filas, os profissionais daquele serviço precisavam de educação permanente; se faltavam profissionais, o foco dado mostrava que a falta de qualificação era maior que o quantitativo ou qualquer outra condição no trabalho; se era denunciado um erro, a falta era de treinamento e educação permanente. Era tudo pela e para a educação permanente.

Durante a supervisão de ensino teórico-prático de acadêmicos de enfermagem em hospitais, no desenvolvimento da disciplina de administração, um dos requisitos era a execução de uma atividade de educação dos profissionais na modalidade *on-the-job-training*. O tema era sugerido pelos trabalhadores de enfermagem do setor mediante as necessidades sentidas por eles e, depois de receber anuência da enfermeira, sua chefia imediata, as alunas faziam o planejamento e realizavam a atividade.

A partir dessas vivências refletimos uma primeira percepção: nesse espaço os trabalhadores podem solicitar tudo da dimensão técnica que, ainda assim, será avaliado pela chefia se convém se debruçar em determinados temas. Há outras necessidades percebidas por ela e que sobrepõem àquelas percebidas pela equipe.

No campo empírico, nesses serviços as alunas eram instigadas a levantar com os profissionais das unidades os temas para desenvolver a atividade de educação no trabalho. Elas questionavam a postura das chefias de não aceitarem que fossem discutidos os propostos pelos trabalhadores. Problematicavam se não seria mais coerente questionar direto para a chefia, já que percebiam que os profissionais ficavam frustrados por não terem acolhidas as suas sugestões. Com esses elementos, nos ocupamos de pensar como se articulam e como podem ser executadas as atividades com potencial de melhorar as condições de trabalho e de cuidado no hospital. Apresentamos na sequência justificativas para o desenvolvimento dessa pesquisa.

## 1.2 O hospital como foco de reflexões da prática educativa

Considerando a atividade dos profissionais de saúde no hospital se desenvolve em função do paciente e suas necessidades, na tentativa



de melhorar as relações de trabalhadores com os pacientes, foi impulsionada mudança, pelo Estado, por meio da instituição de diretrizes para humanização da assistência. Outro destaque nesse ambiente e relacionado à essa política, é favorecer a autonomia e melhoria das condições de trabalho, bem como a valorização desses profissionais. Ainda, com o intento de provocar mudanças na atenção à saúde, existem recursos financeiros destinados à educação permanente de profissionais de saúde e outros incentivos vêm sendo criados, como as residências multiprofissionais, médicas e de enfermagem.

Notamos que na atenção primária foram enfatizadas mudanças no acolhimento ao usuário e no ensino há o chamamento para as representações das diferentes categorias profissionais para debater mudanças curriculares com enfoque no Sistema Único de Saúde, equitativo, resolutivo e integral à saúde da população. Compreendemos que o serviço hospitalar tem uma participação no atendimento dos usuários da área de abrangência e que, também seus profissionais, devem ser inseridos na política de educação permanente. Igualmente, esses hospitais compõem a rede SUS como campo de ensino aprendizagem para a formação inicial e cotidiana dos profissionais de saúde.

Além disso, acreditamos que o trabalho dos profissionais de saúde realizado com o usuário do SUS na instituição hospitalar pode ser realizado também para a promoção da saúde. Nesse sentido encontramos a educação no ambiente de trabalho como potencializadora de ações profissionais e de gestão voltadas para os aspectos até agora mencionados.

O trabalho exercido em saúde requer envolvimento de diferentes instituições compromissadas em atender com qualidade os usuários. Sabidamente as instituições formadoras têm um papel fundamental, uma vez que é a educação formal a responsável pela profissionalização. Nos diferentes graus, as abordagens aos sujeitos são ainda diferenciadas quanto às responsabilidades que assumirão no exercício profissional.

As mudanças produzidas com o desenvolvimento da ciência e tecnologia nos fazem perceber que atualizações constantes se tornam imperativas. As informações continuamente chegam e rapidamente se modificam transformando o ambiente. Na área da saúde tais modificações são lançadas na imprensa e colocadas a serviço dos usuários. Portanto, precisam ser acompanhadas e oferecidas como novas possibilidades de cuidado nos serviços de saúde.

A assistência hospitalar tem sido tema de debates no atual modelo de saúde. Essas instituições agregam várias funções, o que as caracterizam como locais complexos no setor saúde. Dados do Departamento

de Estatísticas do SUS (DATASUS) apontaram que a rede de serviços hospitalares no Brasil era composta, em 2008, por mais de 7,5 mil instituições as quais produziram mais de 11 milhões de internação por ano. Vários aspectos são percebidos como dificuldades a serem enfrentadas e esses se vinculam ao financiamento, fatores organizacionais, políticos e sociais (WANDERLEY, 2011). Junto disso, o problema da organização do serviço médico assistencial fragmentado põe em cheque a forma de atenção e cuidado nesses ambientes, uma vez que o modelo instalado não dá conta de suprir as demandas por insuficiência no número de leitos e atendimento organizado em especialidades e sub-especialidades.

No entanto o hospital é necessário e é vital pensar ações interseoriais com o objetivo de propor e implementar mudanças nessa realidade centrada na doença e cura, inclusive contando com a participação dos usuários. Essa participação envolve os debates entre os sujeitos no processo decisório de cuidado. Isso se articula com o entendimento de que essas instituições não estão isoladas e que são determinadas e determinam o sistema de saúde em seu conjunto. Entre as ações iniciais para melhorar a resposta desses serviços se destacam a garantia do acesso, a humanização dos serviços e a contratualização hospitalar, além da maior inserção no SUS (WANDERLEY, 2011).

A contratualização se refere aos contratos de gestão nos quais são pactuados serviços de cuidado, seja da esfera pública ou privada, com metas e resultados definidos. É um processo de gestão pública que envolve avaliação dos serviços prestados e reajustes contínuos no encalço de correções e repactuação (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012). Em 2003 acompanhamos discussões a respeito de políticas de impacto para a mudança nos espaços de cuidado. Embora o âmbito hospitalar seja apresentado como um campo marcado pela hierarquia e no qual o foco são a doença e a cura seja criticado, a atenção secundária e terciária estão contempladas nas diretrizes pactuadas no Brasil e são instancias que também precisam ser monitoradas quanto à implantação de políticas de formação contínua de profissionais.

Como apontado anteriormente, esses serviços hospitalares têm estrutura que é necessário no sistema de saúde, o que torna importante conhecer formas de reorganização deles no sentido de ampliação da oferta e, junto com isso, articular sua formação com atividades de educação no trabalho. Dentre os diferentes aspectos a serem considerados na estrutura hospitalar, a questão assistencial contribui com a dificuldade de atendimento aos usuários do sistema de saúde. Junto da preocupação central encontra-se a humanização das relações entre usuários e

profissionais de saúde, se encontra a lógica de organização dos serviços hospitalares em especialidades.

O conhecimento científico tem sido enfatizado, especialmente no âmbito hospitalar, as tecnologias que chegam rápido e requerem treinamento imediato para a utilização dos novos produtos no cuidado com os usuários. Com isso, atendendo às demandas do mercado de consumo e fomentando a busca frenética por progressos. Por um lado esses avanços são benéficos, uma vez que significam redução da lesão e risco de infecção no usuário bem como proteção aos trabalhadores. Por outro lado, os custos na utilização desses produtos estimulam que apenas serviços privilegiados financeiramente tenham acesso e aumentem o seu aporte de consumo. A tecnologia tem sido uma parceira, por um lado, e uma razão de exclusão dos usuários do acesso ao progresso alcançado.

Por seu turno, o uso de tecnologias leves no cotidiano parece não alcançar resultado, pois, ao não implicar consumo de produtos, fica relegada pelo mercado a não divulgação de sua implementação. As tecnologias leves têm sido discutidas na atenção primária à saúde como elemento para fortalecimento entre os diversos setores da saúde e comunidade e envolve as relações de vínculo e acolhimento (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM 2006). Congressos e encontros científicos são frequentemente realizados trazendo as tecnologias duras, isto é, recursos materiais, que se fundamenta na centralidade dos processos cuidadosos.

Os espaços para internação hospitalares vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) devem ter monitoradas as ações e atividades envolvidas com a educação contínua de seus trabalhadores. Os estímulos financeiros para as mudanças precisam ser avaliados quanto a usos e resultados.

Em Minas Gerais foi criado em 2003 o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS (Pro-Hosp) com o intuito de monitorar o processo de investimento e seus resultados a partir de parceria entre hospital e secretaria municipal de saúde para a melhoria da qualidade da assistência e o cumprimento de metas contratualizadas. Conforme informações do referido estado de Minas Gerais (2007) cinco áreas temáticas são monitoradas estando entre elas a gestão e a relação com usuários e a comunidade.

A avaliação da qualidade da assistência é feita com base na avaliação da estrutura, processo e resultado. São componentes da estrutura os recursos utilizados, entre os quais os humanos. Os resultados são avaliados conforme a efetividade do cuidado, esta entendida como o grau atingido pela assistência hospitalar no objetivo de promover saúde.

Considera os usuários e a comunidade “atores fundamentais no processo de melhoria da qualidade da assistência” (p. 35). São alguns indicadores de qualidade o índice de treinamento de pessoal técnico-assistencial, assistência centrada no usuário em termos de acolhimento e usuário considerado como sujeito no processo de melhoria da qualidade da assistência hospitalar. Entre os indicadores da estrutura estão atividades de educação permanente com temas de humanização (MINAS GERAIS, 2007).

No Canadá, Austrália e Europa o Programa Hospitais Promotores da Saúde vem se desenvolvendo seguindo diretrizes da Organização Mundial da Saúde, tendo em vista a necessária mudança na função do hospital frente aos resultados de aumento de custos e baixa resolubilidade do modelo curativo. *O Health Promotion Hospital* (HPH) na Europa tem estimulado a mudança da cultura dos cuidados hospitalares. Para isso têm fomentado a interdisciplinaridade e a participação dos usuários; promoção da saúde dos trabalhadores no hospital e a interação desse serviço com a comunidade.

No Brasil estudos teóricos trazem a promoção da saúde no âmbito hospitalar também na dimensão de necessária modificação na estrutura hierárquica interna e desempenho de funções no sistema de saúde de modo ampliado.

Rollo (2006) apresenta como possibilidades a criação de espaços coletivos no local de trabalho que assegurem a discussão entre os trabalhadores do âmbito hospitalar, com destaque para a escuta dos usuários do serviço e seus familiares durante a internação. Para facilitar esse processo, reuniões e técnicas grupais, entre outros, são modos de trabalhar na ótica da produção sujeitos-cidadãos fortalecidos para enfrentar os problemas de saúde.

A promoção da saúde no hospital desenvolvida no Brasil se insere no campo de envolvimento do paciente que apresenta estados de doença agudizados, adolescente, saúde da mulher ou saúde do trabalhador de saúde ou ainda na gestão (ANDRADE, 2011; RAMOS, 2011; RATIER, 2012; BARROS, 2012; PAI, 2011; CAMPOS, 2011; CANABRAVA, 2011). Também encontramos abordagens relativas ao hospital como um todo como promotor de saúde (NOBREGA, 2011; SILVA, 2011). Nesse campo não localizamos a promoção de saúde desenvolvida como possibilidade de atuar na comunidade nem com os coordenadores dos serviços responsáveis por organizar tais atividades.

Buscando relacionar a prática da educação no trabalho com profissionais de saúde encontramos a Política Nacional de Humanização (PNH), que estabelece diretrizes e indicadores para avaliar as mudanças

a partir de sua implementação nos serviços e equipes. Os focos de intervenção da PNH envolvem a organização do trabalho e a prestação de serviços, esses entendidos como a atenção e resposta aos usuários. Compõem os indicadores de avaliação dessa política, agendas de educação permanente e aumento do grau de satisfação dos trabalhadores (SANTOS FILHO, 2011).

Ainda conforme esse autor, na perspectiva de acolhimento e escuta aos usuários os indicadores incluem a criação de equipes multidisciplinares e agenda de capacitações sistemáticas. Com relação aos trabalhadores de saúde, o modelo de gestão autoritário, condições de contratos e de trabalho produzindo doenças e afastamentos e também a existência de planos de qualificação são indicadores de avaliação da implementação dessa política de saúde. Avançando nas discussões sobre o preparo educativo dos profissionais de saúde as diretrizes a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde são foco para formá-los na perspectiva de atenção integral às necessidades da população.

O avanço na implementação dessa política é uma das perspectivas para a formação de trabalhadores para o setor, uma vez que no país, os profissionais da saúde têm formação conforme o modelo centrado na biologia e cura. A articulação com as diferentes instituições formadoras e a ação junto a entidades representativas levou a modificações visando elaborar currículos que enfatizassem o SUS e a humanização do cuidado tendo como princípios a educação permanente.

Diante disso a Política Nacional de Humanização na atenção hospitalar tem como diretrizes, entre outros, a clínica ampliada, a valorização dos trabalhadores bem como o fomento de redes sociais de produção de saúde. A qualificação no atendimento à população seria resultado de discussão das relações no cuidado.

A humanização do cuidado como uma das preocupações no Brasil decorre do modelo de saúde instalado, o qual não tem dado conta das relações de cuidado que precisam ser estabelecidas com os usuários. Estes são, muitas vezes, tratados pela doença de base que internaram para tratamento, número do leito hospitalar que ocupam, a informação e orientação feita a partir de termos técnicos e de domínio profissional, entre outros.

Por outro lado os trabalhadores, nesses locais, se encontram muitas vezes desestimulados. A necessidade de manutenção de mais de um vínculo empregatício, as responsabilidades dentro do lar e a própria condição de adoecimento que enfrentam no cotidiano de trabalho podem dificultar o ingresso em atividades com a finalidade de atualizá-los no conhecimento.

Além disso, a especificidade do trabalho executado no campo da saúde implica atualização constante dos trabalhadores. Logo, a formação e atualizações são demandas para atender os sujeitos no restabelecimento e potencializar suas condições de saúde. Alguns obstáculos que as situações de adoecimento e internação impõem incluem uma aparente resistência ao cuidado e, em especial, orientações. O estabelecimento de vínculo entre o doente e a equipe de saúde envolvida com a sua terapêutica é fator de extrema importância durante e após o tratamento para favorecer a empatia e o diálogo.

Essas informações são importantes, especialmente por sabermos que após a formação acadêmica os profissionais não se encontram prontos e as instituições propiciam condições para que possam se atualizar visando à obtenção de bons resultados na execução do trabalho.

A educação requer organizações e reorganizações dos conteúdos aprendidos e, no trabalho, a prática das atividades proporciona desenvolvimento de habilidades técnico-motoras e relacionais. Junto dessas também a ação educativa se torna eixo central para o desenvolvimento dos trabalhadores. Nessa tarefa de continuidade na formação, entram em cena os trabalhadores e as instituições empregadoras em parceria, por serem corresponsáveis nesse processo. A educação é auto e heteroeducação e nesse sentido, cada sujeito precisa se sentir envolvido com seu aprendizado para, de posse de informações, reorganizar seus conhecimentos visando a produção de outras formas de trabalho.

A educação na saúde é uma das ações pactuadas nas diretrizes para a gestão do SUS. Com essa política se objetiva o alcance de melhorias e eficiência nas respostas às demandas de saúde da população. Para isso o avanço da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) se inicia com a explanação dessa política e a adequação a especificidade loco regional.

Dessa forma, requer dos agentes envolvidos constante avaliação, planejamento e implementação, dentro das especificidades dos serviços e conforme dados epidemiológicos. Tem como foco a formação e desenvolvimento de trabalhadores pela valorização e qualificação do SUS. Para isso, práticas de ensino-aprendizagem inovadoras são requeridas. Sendo assim, a política é uma estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde no SUS. Assim, processos e desdobramentos da implementação da PNEPS e os ajustes feitos conforme a necessidade são caminhos para assegurar a melhoria contínua dos processos de cuidado (WANDERLEY, 2011).

São diretrizes para o trabalho da educação na saúde, entre outras, o envolvimento com a formação e desenvolvimento de trabalhado-

res. Para Ceccim (2005) esse processo se articula com ações no cotidiano de trabalho, ou mesmo da formação, envolvendo os atores em seu conjunto de atuação profissional já que promove espaços para reflexão sobre as próprias práticas profissionais e políticas.

Conforme esse autor, os correspondentes à educação permanente são nominados como **educação em serviço, educação continuada e educação formal de profissionais**. A primeira está relacionada com conteúdos, recursos bem como instrumentos relacionados com a formação técnica desejada em projetos alicerçados em mudanças, sejam elas ligadas a instituição ou a questões de ordem política.

Sob a ótica da **educação continuada**, o foco é se preocupar com a investidura em quadros institucionais e carreira em serviços específicos. Já a **educação formal de profissionais** tem como foco as múltiplas vivências profissionais, onde se pode estabelecer diálogo entre o mundo do trabalho e o do ensino. Embora todos esses conceitos, o aspecto central à educação permanente é a possibilidade de adequação do trabalhador aos diferentes espaços ocupados pelos profissionais nos campos de trabalho de saúde.

Por outro lado, destaca Ceccim (2005) entre as dificuldades na oferta de educação permanente aos trabalhadores de saúde, o atendimento à população adstrita a uma região, uma vez que são alocados conforme o número de habitantes, em respeito ao princípio da acessibilidade. Outro destaque é a opção, por parte dos profissionais, por ocupar os campos de trabalho nas regiões centrais em detrimento daquelas periféricas, além da valorização da especialidade e o modelo hospitalocêntrico vivenciado.

Nesse contexto um aspecto que não pode ser esquecido é a gestão da formação, uma atividade central na formulação de políticas de atenção à saúde a qual, relegada a segundo plano, mostra-se como outro entrave para o alcance das metas em saúde. Outra crítica observada por Ceccim (2005) nesse processo é o entendimento de formação de trabalhadores como recursos para os quais devam ser prescritos habilidades e perfis adequados à qualidade de trabalho que se quer. Assim, destaca o autor, é preciso deixar de tratar o trabalhador enquanto recurso humano para tê-los como sujeitos ativos nos ambientes de trabalho.

A partir desses textos depreendemos a educação permanente como aquela que é capaz de produzir mudanças nos sujeitos aprendizes. As estratégias de ensino precisam extrapolar a transmissão do conhecimento e se permitir inovar. Uma característica da educação permanente aí preside a sua existência ao propor estratégias de transformação das práticas de saúde. Na Política de Educação Permanente a educação no

trabalho é um fator importante para produzir aprendizagens significativas. A partir da análise reflexiva das práticas cotidianas, os agentes do cuidado e os usuários podem se conscientizar de sua cidadania, de direitos, deveres e proativamente buscarem espaços de importantes conquistas sociais, conforme o autor.

Perguntamos afinal: como é compreendido o fenômeno educativo no trabalho pelos profissionais de saúde e pelos gestores, responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e avaliação dessas atividades? Ele pode ser elemento de promoção à saúde no ambiente hospitalar?

Na busca de compreender o fenômeno e de apresentar uma resposta entre tantas possíveis, encontramos na fenomenologia o método para investigar, com profissionais de saúde de hospitais, como a educação no trabalho pode desenvolver a perspectiva da promoção da saúde. Embora reconhecendo os fatores limitadores no hospital, como anteriormente apresentado, acreditamos naqueles potencialmente favoráveis. Destacamos entre eles, a necessidade de ofertar um serviço para além da cura e tratamento de doenças pelo 'hospital do SUS que promove saúde'.

Como situação que envolve o coletivo societal destacamos algumas que justificam a preocupação com esse ambiente e a saúde das pessoas aí profissionalmente atuando. O hospital é um *lôcus* de cuidado que emprega trabalhadores cuja saúde não tem sido preocupação, exceto quanto àquela necessária para mantê-los na vida produtiva. Outro destaque é a produção de resíduos potencialmente danosos ao meio ambiente; esses resultantes de tratamentos ou assistência, como radiação ionizante e contrastes. Ainda nessa perspectiva encontramos este ambiente isolado dos demais setores na produção de políticas públicas cuja centralidade seja provocar transformações de suas funções envolvendo a reorganização do serviço.

Com a transição demográfica no Brasil, o envelhecimento populacional potencializa aumento de doenças crônicas degenerativas, em alguns casos necessitando de hospitalização devido a agudização e reinternações. Nessas situações a instituição pode promover orientações e atividades para a promoção da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Por fim, o hospital com toda a dinâmica de reorganização na atenção básica ainda é necessário para atendimento em situações agudas de adoecimento.

Nessa tese defendemos que a Política de Educação Permanente é elemento para reorganizar o espaço hospitalar tornando-o também local de promoção da saúde.



## 2 OBJETIVOS

Compreender e avaliar as atividades educativas desenvolvidas para profissionais de saúde tem sido uma inquietação que nos instiga a ouvir esses trabalhadores e os gestores a esse respeito. Qual é afinal a sua efetividade? Qual modelo de ensino melhor contribui para o aprendizado desses trabalhadores? Quais são os temas e quais são as finalidades de ofertá-los? Pode a educação com esses profissionais modificar sua prática no âmbito hospitalar com vistas ao desenvolvimento do hospital como promotor da saúde?

O hospital como *locus* de cura e tratamento vem sendo questionado em função especialmente dos altos custos envolvidos. Embora na atenção primária haja programas para acompanhamento da saúde da população, existem pessoas que buscam primeiro o hospital quando se sentem doentes; no caso de usuários com doenças crônicas não transmissíveis, o desequilíbrio acentuado os leva a necessidade de hospitalização. Ainda nesse contexto, o envelhecimento da população tem relação também com o aumento da incidência das doenças crônico-degenerativas.

O hospital tem um grande número de trabalhadores, no caso dos profissionais de saúde, estes têm o potencial de promover a saúde dos usuários, seja por meio de conversas, demonstrações, ensino e outros. Como são ações que fazem parte do cotidiano profissional ensinar, dialogar e acompanhar os pacientes durante a internação, essas também têm potencial para incrementar o bem estar dos sujeitos atendidos.

Outro destaque é a saúde do próprio profissional. Os profissionais de saúde, no cotidiano de seu trabalho, muitas vezes atuam sob pressão: do paciente e sua família, de necessidades pessoais e familiares do profissional ou mesmo da execução de suas atividades na instituição. O trabalho exaustivo em múltiplos empregos, longos plantões, manipulação de substancias potencialmente contaminantes, sentimentos de lidar com a vida e morte e o sofrimento do outro, além da necessidade de manutenção do emprego o leva também a sofrer e naturalizar a condição que, muitas vezes, pode levá-lo ao adoecimento.

São condições que podem e devem ser tratadas num hospital que acompanha as necessidades de saúde da população atendida e daquela que atende, conferindo outra perspectiva para o hospital. Entendemos que a função do hospital, ao incrementar o atendimento dos pacientes para além da cura e tratamento e criando ambientes de trabalho

saudáveis pode desenvolver ações de promoção da saúde com os próprios trabalhadores, com os usuários e com a comunidade. Acreditamos que essa tese pode ser verificada, contestada ou confirmada com o subsídio dos elementos apresentados como objetivos da pesquisa.

## 2.1 Objetivo Geral

Compreender a educação no trabalho institucional com profissionais de saúde com vínculos empregatícios em hospitais como possibilidade de tornar o hospital promotor da saúde

### 2.1.2 Objetivos Específicos

2.1.2.1 Desvelar como são compreendidas as atividades de educação para profissionais de saúde em instituições hospitalares de uma cidade da região sul do Brasil pelo gestor do serviço de ensino e pelo gestor da instituição;

2.1.2.2 Desvelar como são compreendidas as atividades de educação para profissionais de saúde em instituições hospitalares de uma cidade da região sul do Brasil pelos profissionais de saúde das áreas fins do hospital;

2.1.2.3 Correlacionar as atividades de educação para profissionais de saúde nestas instituições com as propostas e práticas atuais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

### 3 O PERCURSO DO MÉTODO

#### 3.1 Tipo de estudo

Este estudo se dedica, primordialmente, a compreender o fenômeno educativo realizado junto a profissionais de saúde no âmbito do trabalho institucional, e como este fenômeno influencia o ambiente hospitalar em sua função de tornar-se um campo de promoção da saúde. Para que este fenômeno se mostre, buscamos a manifestação dos sujeitos sobre sua vivência nesta temática.

Para compreender estas vivências, nos parece oportuna a postura fenomenológica para desenvolver a pesquisa. A fenomenologia destaca o fenômeno em si e a subjetividade peculiar que cada ser humano confere aos acontecimentos que vivencia. Essa experiência tem um contexto que propicia uma estrutura singular no modo como cada sujeito vive a experiência.

A fenomenologia como corrente filosófica se destacou no final do século XIX e início do XX, em diferentes partes do mundo, como movimento para a produção de conhecimento. Desenvolveu-se a partir dos Círculos de Göttingen e de Munique, na Alemanha. Nesses espaços os primeiros autores a discutirem os fenômenos humanos cognitivos e afetivos tinham como preocupação o desenvolvimento de estudos que aproximassem a fenomenologia da psicologia (CAPALBO, 1983).

Foi nessa trajetória que Edmund Husserl desenvolveu a fenomenologia como método para captar as coisas em sua essência, ou seja, a partir delas mesmas. Husserl procurava em seus estudos tornar a filosofia uma ciência de rigor que fosse capaz de se opor à tendência de explicação de todos os atos humanos à luz da psicologia científica da época. Como não tinha por formação a filosofia, foi atacado em seus trabalhos pelos colegas durante os estudos que fazia com Franz Brentano, mesmo assim, seguiu no aprofundamento das ideias sobre a fenomenologia.

Chegar às coisas mesmas requer a suspensão de nossos conteúdos numa atitude de *epoché*, fundamental para fazer a redução fenomenológica. Como um dos seguidores e alunos de Husserl na escola fenomenológica, Martin Heidegger destacou o ser do ente humano com a fenomenologia ontológica. Para tanto articula as concepções do existencialismo e da fenomenologia.

Em Heidegger o ser humano é um existencial que se compreende e que tem potencial para tomar consciência de seu ser verdadeiro. Apela para a tomada de consciência desses humanos em oposição a

levar uma vida na qual a sua existência é determinada pelos outros, o que seguramente mudaria o destino do mundo. A partir da compreensão como um existencial o ser do humano interpreta o mundo vivenciado e as coisas nele presentes. A compreensão de si se dá em modos de ser no mundo e esses modos têm estruturas sustentadoras que lhe possibilitam interpretar os entes com os quais vivencia o seu existencial, e por isso, ela é uma hermenêutica fenomenológica.

Com o abandono de Heidegger por essa hermenêutica, Gadamer, utiliza-a como elemento para elaborar a hermenêutica filosófica. Em seus constructos a reflexão mediante a pergunta e a resposta feita sobre os aspectos da tradição e dos nossos preconceitos possibilita uma compreensão verdadeira sobre um fenômeno. Tal compreensão é alcançada mediante a fusão de horizontes.

Com relação a fenomenologia, seu lema é em busca das coisas mesmas e isso implica procurar os sentidos dados pela consciência humana às coisas antes de serem apossadas pelo modo científico de construir conhecimento e fazer ciência. Isso porque, acreditava Husserl, os fenômenos em si são dados anteriormente e essa percepção da coisa é a aparência de alguma coisa. A fenomenologia é assim o estudo das essências; o modo como o conhecimento do mundo se dá para cada sujeito é o que interessa. Também a fenomenologia é uma filosofia que recoloca as essências na existência e, nesse aspecto, compreender o homem só é possível em sua facticidade (MERLEAU-PONTY, 1999).

Para essa compreensão a fenomenologia é transcendental e o que possibilita esse percurso é colocar em suspenso a atitude natural e, ao mesmo tempo, entender que o mundo está presente antes da reflexão. A ciência por ser uma explicação do mundo é incapaz de dizer o mundo percebido. O mundo e as coisas do mundo são possíveis de serem conhecidas por meio de uma consciência intencional e esse nos leva a conhecermos sob outro ângulo as coisas conhecidas.

A fenomenologia como método de pesquisa se fundamenta na postura do investigador ao abster-se com a finalidade de explorar como os sujeitos experimentam eventos vivenciados. Partimos do entendimento com Van-Manen (2014) que o termo método se relaciona com um percurso ou atitude para aproximação com o fenômeno estudado, enquanto abster-se implica colocar em suspensão teorias, suposições e emoções que se tem conhecimento. Busca-se apresentar as vivências tal qual elas foram compreendidas na consciência pré-reflexiva, isto é, a experiência originária, antes de tematizar e nomear com os conhecimentos advindos da ciência e do nosso viver cotidiano.

Como um caminho ou atitude do pesquisador para abordar o fenômeno são elaboradas questões que exploram o que é dado no momento da experiência visando captar a sua essência. Durante essa ação manter a suspensão as ideias que temos das coisas para que elas possam se manifestar conforme a experiência original. O mundo pré-reflexivo é externado nas narrativas obtidas durante conversas e se dá por dois movimentos essenciais: a redução e o vocativo (VAN-MANEN, 2014)

Nas investigações desenvolvidas por pesquisadores não filósofos as narrativas são obtidas com métodos das ciências sociais, como a entrevista e a observação. O objetivo de sistematizar o método é assegurar que os resultados sejam mais fidedignos e não que haja um conjunto de técnicas específicas para a condução da pesquisa. Por sua vez a reflexão fenomenológica e análise ocorrem na atitude da *epoché* para a redução e no vocativo. Essa atitude conduz para a redução propriamente dita, que é restringir o conhecimento ao fenômeno vivenciado. Como exercício filosófico é necessário que o pesquisador se dedique para, no contato direto com o fenômeno, ver o que é dado na experiência sem ideias preconcebidas (GILES, 1973; VAN-MANEN, 2014).

Com a suspensão daquilo que se conhece, o pesquisador descreve o fenômeno estudado sem ideias preconcebidas. O vocativo assume destaque na elaboração e apresentação das narrativas e faz parte do processo reflexivo para chegar às coisas mesmas.

### 3.2 Sujeitos de pesquisa

O fenômeno educativo no hospital pode se manifestar por meio da expressão dos diferentes sujeitos vivenciando a experiência nesse ambiente. Acreditamos que os profissionais de saúde encontram motivação para participação em atividades de educação para o trabalho e isso contribui para mudanças na prática cotidiana de cuidado com o paciente e também sua relação com os demais trabalhadores e instituição.

Para buscar respostas para essa pesquisa, serão convidados como participantes os médicos, profissionais de enfermagem e fisioterapeutas, que são as categorias profissionais em maior número em duas instituições hospitalares da cidade de Santa Catarina escolhida. Desses, serão convidados aqueles que tenham respondido à segunda etapa de coleta de dados, ou seja, um questionário, cujas respostas apresentem incidentes, experiências e histórias a serem aprofundadas para compreender a narrativa do sujeito a respeito das temáticas de educação no trabalho e promoção da saúde no hospital. Será selecionado no mínimo um trabalhador por categoria profissional de fisioterapia e medicina e

dois da enfermagem, sendo um técnico ou auxiliar de enfermagem e um enfermeiro em cada um dos hospitais. Em ambas as instituições, os responsáveis pela gestão das atividades de ensino aos trabalhadores são enfermeiros, portanto, não participaram dessa etapa de seleção.

Acreditamos que os primeiros anos após a publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde alicerçaram as primeiras práticas e que experiências mais fortalecidas e claras a respeito da temática tenham sido paulatinamente incorporadas as práticas educativas. Por esse motivo foi que escolhemos o período de 2009 a 2014 como limites para a coleta de informações sobre participação nas atividades de educação no trabalho. Também os gestores do serviço de ensino dos mesmos serviços e os gestores das instituições fazem parte da população participante da pesquisa.

Ensejamos que os trabalhadores de saúde nos relatem suas vivências de educação no trabalho e da promoção da saúde nesse local. Ademais, acreditamos que os profissionais de saúde, trabalhadores no ambiente hospitalar, além de serem afetados pelas decisões sobre o rumo da assistência para a saúde que prestam, têm interpretações que podem mostrar como eles compreendem que as políticas de saúde os atingem. Esse grupo pode responder como isso interfere no ambiente e nas relações cotidianas de cuidado e, por estarem mais próximos dos pacientes são aptos a dizerem tanto das necessidades de promoção de saúde como do preparo profissional necessário na instituição hospitalar. Destacamos que, por serem os sujeitos que aprendem e que ensinam na Política de Educação Permanente, trarão suas vivências e expectativas para direcionar essa política no ambiente hospitalar.

Na etapa de elaboração do pré-projeto, em contato telefônico ou por meio eletrônico com a secretária da direção das instituições hospitalares, após explicar o objeto de pesquisa, a pesquisadora foi encaminhada para o setor de ensino. Em conversas informais com coordenadores desses setores verificamos que tinham domínio de informações para subsidiar as respostas procuradas. Os coordenadores dos serviços de ensino do hospital indicarão caminhos que revelem como podem articular a formação profissional no trabalho tendo em vista o hospital promotor da saúde. Assim os coordenadores desses setores serão convidados a participar, totalizando dois sujeitos.

Na perspectiva de compreender os espaços de sensibilização e de elaboração das políticas institucionais no âmbito decisório, o gestor do serviço ocupa um espaço singular. Esses sujeitos estão envolvidos com a administração dos serviços e são responsáveis por definir a oferta deles e a modernização na gestão. O trabalho em saúde, especialmente

por ser desenvolvido em coletivos de trabalhadores, é complexo e requer a consideração das subjetividades no discurso da rentabilidade e da competitividade, o que tem sido ausente no processo. Compatibilizar essa realidade com o SUS, o atendimento às necessidades dos usuários e dos diferentes grupos profissionais e o desempenho para além da cura parece ser o desafio atual para o hospital (SCHERER, PIRES, SCHWARTZ, 2009; FONTES, AZEVEDO, BRAGA NETO, 2012).

Além de pensar essas questões, consideramos que ponderá-las perpassa o encontro da narrativa elaborada pelo gestor da instituição.

Os gestores também desempenham função intersubjetiva nas instituições e em seu cotidiano podem propiciar a coesão, identificação e tratamento de conflitos. Os gestores são os mediadores que cumprem a função de passagem e articulação nas questões de governo, de condução da organização e de interesses dos diferentes grupos profissionais, como dito anteriormente. Essas intersubjetividades também precisam ser consideradas e não apenas a dimensão instrumental e gerencialista que tem presidido também no âmbito do SUS os discursos e práticas (SÁ; AZEVEDO, 2010).

Na cidade foco dessa pesquisa verificamos que, de acordo com o comprometimento de saúde e risco de vida em que se encontra o paciente, este ocupa diferentes leitos no hospital. Aqueles que se encontram com quadros de saúde que representam menor risco de morte ficam internados em unidades de internação; aqueles com risco eminente de morte ficam em unidades especializadas nas quais são agrupados trabalhadores de diferentes categorias profissionais de saúde no cuidado. A exemplo fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, fonoaudiólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos de diferentes especialidades podem cuidar desses doentes. Há situações, porém, nas quais há falta de leitos para a internação e os pacientes ocupam espaços em unidades de internação diferente daquelas que precisam, isto é, possibilitem a assistência mais intensiva.

Também o atendimento ocorre em diferentes unidades sendo elas destinadas para a internação de adultos ou infantis. De acordo com a norma técnica, RDC número 50 (BRASIL, 2002) as atividades nessas unidades envolve proporcionar condições para que os pacientes sejam mantidos em ambientes individuais ou coletivos, de acordo com o sexo, faixa etária, intensividade de cuidados requeridos; execução e registro de atividades assistenciais médicas diárias; execução e registro de assistência de enfermagem envolvendo a administração de intervenções com o paciente; prestar assistência nutricional e distribuir alimentação tanto para pacientes quanto para acompanhantes; prestar assistência psicoló-

gica e social e, pedagógica infantil quando a internação ultrapassar 30 dias.

Quando a internação é feita em setores especializados como neonatologia, queimados e unidade de terapia intensiva a assistência médica e de enfermagem deve ser ininterrupta e/ou intensiva nas 24 horas. Devem-se manter condições de monitoramento e assistência respiratória, prestar apoio diagnóstico e laboratorial, de imagens, hemoterápico, cirúrgico e terapêutico também nas 24 horas. Manter pacientes em morte cerebral em condições para permitir a retirada de órgãos para fins de transplante e prestar informações e assistência a acompanhantes faz parte das atividades profissionais nessas unidades.

No caso de atendimento de neonatologia, que envolve a internação de recém-nascidos até 28 dias de vida, esses serviços devem incluir cuidados ao recém-nascido que requeira observação intensiva. Para os pacientes que internam com queimaduras graves, o serviço deve assegurar assistência cirúrgica e apoio e reabilitação fisioterápica.

Os cuidados de enfermagem no âmbito hospitalar são realizados por equipes nas quais trabalham auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros, liderados por esse último. A enfermagem é uma das categorias profissionais que tem o maior número de trabalhadores compondo o conjunto de recursos humanos do hospital. Nas equipes, geralmente a enfermeira realiza atividades assistenciais mais complexas e o gerenciamento dos cuidados com os pacientes, cabendo aos demais profissionais de enfermagem o cuidado e execução de tarefas mais simples. No trabalho da equipe de enfermagem há casos em que há uma enfermeira assistencial, por plantão, para cada unidade e uma supervisora para as unidades abertas e outra para aquelas fechadas.

Há diferentes organizações do trabalho nos hospitais e diferentes jornadas de trabalho. Na cidade onde esse estudo ocorrerá a enfermagem trabalha com carga horária semanal de 36 horas e o trabalho diário tem seis horas, tendo um dia de folga nesse período; também pode ter contrato de 42 horas, ou 44 horas semanais. Estas são distribuídas durante a semana e são realizados ciclos de 6 horas diárias e no final de semana trabalha-se 12 horas. As enfermeiras assistenciais trabalham oito ou seis horas diárias durante a semana e complementam a carga horária no final de semana. Isto é, a cada seis ou 12 horas há um profissional com formação de nível médio diferente para atender ao paciente, além de uma enfermeira por turno de trabalho.

Nesta cidade selecionada verificamos que nas escalas de oito horas concentram-se as enfermeiras, trabalhando de segunda a sexta-feira. Nos finais de semana e feriados elas trabalham com esquema de



escala, totalizando 12 horas diárias. Assim, o paciente, durante as 24 horas é cuidado por, no mínimo, duas enfermeiras e três profissionais do nível médio.

Com isso, nessa categoria profissional buscaremos as respostas nos questionários para aprofundamento das questões educativas no trabalho e promoção de saúde no hospital de no mínimo um enfermeiro e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

A medicina no hospital, como vimos, envolve diferentes especialidades. Os horários e vínculos de trabalho variam de poucas horas, quando envolve assessoria, até 20 horas, quando contratados. Porém há profissionais que têm dois, três ou quatro contratos de trabalho com a mesma instituição. Os fisioterapeutas, embora tenham especialidades e pouca variação na jornada de trabalho. Ambos os grupos profissionais, na maioria das vezes não se encontra vinculado a uma única unidade hospitalar. Portanto, farão parte aqueles que tiverem maior número de participação em atividades de educação no trabalho no período de 2009 a 2014.

Tendo em vista que as decisões quanto à implementação de políticas nas instituições estão na dependência de seu gestor geral, estes foram convidados a participar.

Nessa pesquisa consideramos cuidados como as ações que envolvam orientação, auxílio ao sujeito internado para autocuidado físico, mental e espiritual. Fazer com ele e para ele alguma atividade própria de cuidado profissional. O cuidado é uma ação de cunho moral realizada com o objetivo de aliviar, ajudar, confortar, apoiar em direção a algo ou alguém que é motivo de interesse ou preocupação (QUEIROZ; GARA-NHANI, 2012).

Como se vê, há diferentes categorias profissionais envolvidas no cuidado com o paciente internado e podemos localizar médicos, enfermeiros, técnicos e ou auxiliares de enfermagem envolvidos no cuidado diário. Também os profissionais das áreas de psicologia, nutrição e assistência social envolvidos no cuidado cotidiano. Entendemos que implícita esta o farmacêutico hospitalar para apoio no suprimento de medicamentos e orientações. Verificamos que a assistência intensiva implica a presença de especialistas do campo da medicina, enfermagem, fisioterapia e nutrição.

Portanto, foram critérios de inclusão de profissionais de enfermagem trabalhar em unidade hospitalar com o maior número de trabalhadores que tenha participado como aprendente no maior número de atividades educativas no trabalho, oferecidas pela instituição no período de 2009 a 2014; aceitar o convite para participar na pesquisa e assinar o

TCLE. Os critérios de exclusão são: não trabalhar em unidade de internação que concentre o maior número de profissionais de enfermagem que participou de atividades de educação no trabalho, recusa em assinar o TCLE e participar da pesquisa, não participar de atividades educativas oferecidas pelo hospital.

Compõem o quadro de participantes, os gestores do serviço de ensino que aceitaram o convite e assinem os documentos necessários a sua execução, excluindo-se aqueles que recusarem a participação e assinatura do TCLE. Os gestores das instituições que aceitaram participar da pesquisa e assinarem o TCLE foram incluídos e aqueles que se recusaram a participar e ou assinar o TCLE foram excluídos.

### 3.3 Local de pesquisa

Para compreender como o hospital pode desempenhar a função de promotor da saúde selecionamos, por questões logísticas, instituições localizadas na região sul do Brasil. A pesquisa foi conduzida em dois hospitais dos quais passamos a apresentar aspectos de número de leitos e especialidades, número de profissionais de saúde e respectivos vínculos trabalhistas e carga horária de trabalho. Das instituições hospitalares existentes nessa região, optamos por considerar uma que realiza atendimento exclusivo e internação na modalidade SUS e uma do âmbito privado. Acreditamos assim poder desenvolver com esses hospitais as discussões sobre o papel do hospital no modelo do sistema único de saúde.

Os dois hospitais estão registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como de gestão municipal, sendo que um deles é da esfera administrativa privada e o outro municipal. Ambos são estabelecimentos de atendimento geral, isto é, prestam atendimento nas especialidades básicas, seja por especialistas ou não. Podem dispor de serviços de urgência e emergência e, necessariamente, precisam de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT). Os tipos de atendimento realizado por estes hospitais são SUS e particular (BRASIL, 2014 a, b).

São hospitais cujo número de leitos ultrapassa 100, caracterizando-os como de grande porte. No quadro número 1, a seguir, apresentamos características desses serviços.

Quadro 1 - Características dos hospitais coparticipes quanto a número de leitos, gestão, tipo de atendimento e característica de atendimento. Santa Catarina, 2014.

	H1	H2
Número de leitos	154	231
Gestão	Municipal	Municipal
Esfera administrativa	Privada	Municipal
Tipo de atendimento	Particular	SUS
Característica atendimento	Geral	Geral

Fonte: Brasil, 2014b

Quanto aos profissionais de saúde nessas instituições, apresentamos no quadro 2 conforme a categoria e número registrados em novembro de 2014.

Quadro 2 - Profissionais de saúde segundo categoria profissional e instituição hospitalar. Santa Catarina, 2014.

Profissionais	H1	H2
Assistente social	-	5
Avaliador físico	1	-
Enfermagem	116	646
Farmacêuticos	6	19
Fonoaudiólogos	5	5
Fisioterapeutas	11	19
Médicos	360	311
Nutricionistas	2	7
Psicólogos	1	4
Terapeuta ocupacional	1	5
Total	503	1021

Fonte: Brasil, 2014

O primeiro hospital (H1) trata-se de entidade sem fins lucrativos, de direito privado que desenvolve atividade beneficente de assistência social. Uma instituição filantrópica que, em troca da isenção tributária oferece trabalho comunitário (BRASIL, 2014c). No quadro número 3 estão apresentadas as informações da distribuição de profissionais de saúde conforme o número, jornada de trabalho semanal e tipo de contrato nessa instituição.

Quadro 3 - Distribuição de profissionais de saúde conforme jornada de trabalho semanal e tipo de contrato no hospital 1.

Profissional	Número	Jornada de trabalho semanal (horas)	Tipo contrato
Avaliador físico	1	42	Celetista
Enfermagem			Celetistas;
Enfermeiro	13		Contrato pela rede privada;
Auxiliar e Técnico de enfermagem	103	36; 40; 42	Contrato pela rede filantrópica.
Farmacêutico	6	14	Autônomo
			Celetista
Fonoaudiólogo	5	4; 8; 26	Autônomo
			Celetista
Fisioterapeuta	11	44	Autônomo
			Celetista
Médicos	366	1;44	Autônomos
			Contrato de trabalho por prazo indeterminado
			Cooperativa
			Celetistas
Nutricionista	2	42; 44	Celetista
Psicólogo	1	44	Celetista
Terapeuta ocupacional	1	42	Celetista

Fonte: Brasil, 2014 d

Nessa instituição, o Centro de Ensino tem dez anos de atuação e tem como objetivo propiciar que o hospital seja um ambiente para pesquisa, visando o aperfeiçoamento pessoal e profissional na área da saúde. A promoção da saúde e prevenção da doença são listados como elementos focados para a pesquisa nesse espaço. Também é esse setor que desenvolve atividades de extensão e coordena atividades relacionadas com o sistema integrado de gestão.

Na listagem de responsabilidades desse setor aparece o apoio e assistência para o desenvolvimento do SUS no âmbito institucional, por meio de capacitações profissionais a serem realizadas no interior da instituição. Outras responsabilidades são coordenação da Comissão de

Ética em Pesquisa; realizar controle e manutenção de bibliografias da área de saúde. Também está o gerenciamento de projetos de pesquisa e ensino no âmbito hospitalar, além de eventos de extensão.

O hospital de número 2 (H2) é uma autarquia municipal, com personalidade jurídica própria e autonomia financeira e administrativa. Trata-se de um estabelecimento que presta assistência especializada de nível terciário na região em que se situa. É também hospital de ensino para universidades locais e de cursos técnicos. No H2 são atendidos habitantes da região e da cidade, já que se trata de um hospital de referência em urgência e emergência, tratamento intensivo, neurocirurgia, oncologia, ortopedia e traumatologia.

A distribuição de profissionais de saúde conforme número, jornada de trabalho semanal e tipo de contrato no H2 está apresentada no quadro 4, a seguir:

Quadro 4- Distribuição de profissionais de saúde conforme carga horária de trabalho semanal e tipo de contrato no hospital 2.

Profissional	Número	Carga horária semanal	Tipo contrato
Assistente social	5	30;44	Estatutário
Enfermagem			
Enfermeiro	103	20;42;44	Estatutário
Auxiliar e Técnico de enfermagem	543		Contratado por tempo determinado
Farmacêutico	19	34;42	Estatutário
Fonoaudiólogo	5	3	Estatutário
Fisioterapeuta	19	30-44	Estatutário
			Contrato por tempo determinado
Médico	311	1;48	Estatutário
			Contrato por tempo determinado
			Autônomo
Nutricionista	7	40-44	Estatutárias
Psicólogo	4	30-42	Estatutárias
Terapeuta ocupacional	4	30-42	Contrato por prazo determinado
			Estatutárias

Fonte: Brasil. 2014 d

Nessa instituição compõem ainda o registro de médicos residentes (95); um dos médicos tem quatro contratos, totalizando 24 horas de

jornada de trabalho; há 75 com duplo vínculo, com carga horária total que varia de quatro até 48 horas. Soma-se ao grupo de profissionais de Terapia Ocupacional uma estagiária.

No H2 o departamento de ensino, pesquisa e treinamento tem como atividade a organização de unidades de treinamento, cuja finalidade é oferecer e desenvolver cursos, palestras e capacitações para colaboradores e servidores. Outra atribuição do setor é a de ensino, a qual responde por estágios e pesquisas, visando regular, estimular e assessorar pesquisadores na elaboração de projetos institucionais. Além disso, há a coordenação das residências em saúde.

Com essas informações, tais instituições contam com profissionais de saúde que estão presentes para atender aos pacientes nas diferentes especialidades das ciências de saúde. O gerenciamento no hospital bem como a oferta de possibilidades educativas no trabalho são desafios para os gestores nas relações de trabalho e as exigências para o aprimoramento dos profissionais. Consideramos assim que são profissionais que podem dar indicativos de como estes hospitais podem ser promotores da saúde.

### 3.4 Métodos

Na vivência da pesquisadora principal, durante os diferentes momentos em instituições que são campo de ensino teórico-prático de escolas de graduação, pós-graduação e técnicas das profissões de saúde, verificamos que é frequente a oferta de atividades internas cujo objetivo é atualizar os conhecimentos dos profissionais de saúde. Algumas vezes os próprios trabalhadores da instituição são os facilitadores, noutras, são convidados externos que trazem a contribuição. Ainda há situações nas quais as possibilidades educativas são oferecidas em ambientes externos.

Tais atividades são desenvolvidas tanto no horário de trabalho quanto fora dele e são divulgadas nos murais internos e por via eletrônica para os funcionários da instituição.

Algumas vezes os trabalhadores são convidados para participar e em outros momentos eles são convocados, conforme a necessidade apontada na supervisão direta ou indireta no trabalho pelos seus chefes imediatos.

Embora saibamos da existência de treinamentos no próprio setor de trabalho dos profissionais de saúde dentro do hospital, o treinamento na modalidade *on-the-job training* foi vivenciada, enquanto atividade educativa, apenas com as alunas de graduação em enfermagem

e a pesquisadora em diferentes momentos e campos hospitalares. Nesse tipo de atividade eram planejadas e realizadas intervenções que duram entre 15 e 30 minutos na própria unidade de trabalho da equipe de enfermagem e estes não necessitavam deixar os postos de trabalho para participar. Todos os profissionais da equipe de enfermagem foram convidados e fizemos uma escala de rodízio de horários visando a participação de todos. Os temas foram apontados previamente pelos participantes.

Outra observação feita nesses campos é a utilização de registros de participação do profissional em ações educativas. Como mecanismo de controle de frequência são usadas listas de presença e ainda, há instituições que o fazem por meio eletrônico, solicitando ao trabalhador que utilize o crachá com dados digitalizados para a sua identificação. Tais registros são encaminhados ao setor de recursos humanos que procede ao arquivamento no prontuário do trabalhador além de, também, ser base para a elaboração de relatórios a serem apresentados na organização institucional. Algumas vezes a participação em atividades de formação continuada é utilizada para concessão de aumentos salariais e mudança do profissional de setor de trabalho, entre outros.

Essas decisões certamente implicam a escolha de modelos de gestão de pessoas, de aprimoramento dos trabalhadores com vistas a recrutamento interno e mesmo de acompanhar o desenvolvimento do profissional em seu trabalho cotidiano. Também indicam os rumos que se pretende para o desenvolvimento do hospital e sua relação com a sociedade, pacientes e com os próprios trabalhadores.

Como dito anteriormente, as atividades educativas com os profissionais de saúde nesse espaço são majoritariamente de cunho técnico-científico, são realizados para grupos específicos de profissionais e estão relacionadas com o modelo de hospital voltado para a cura da doença. Logo, se inserem no âmbito da educação continuada, conforme o conceito apresentado, e não na perspectiva da educação permanente. A pesquisadora, devido a sua inserção no campo profissional da enfermagem, tem notado que são oferecidas ações principalmente para os profissionais dessa categoria no espaço intrainstitucional.

Nessa perspectiva, pensar a educação no trabalho como instrumento para a mudança tem potencial para ampliar a percepção da sociedade sobre os cuidados desenvolvidos no hospital integrando-os com as necessidades locais, dos gestores e dos próprios trabalhadores de saúde. Acreditamos que essas razões justificam pesquisar como os trabalhadores percebem essas práticas institucionais de ofertar educação com vistas à atualização e desenvolvimento profissional. Destacamos nesse estudo

que todos os sujeitos que trabalham nos hospitais são trabalhadores de saúde e que aqueles que têm formação para o cuidado profissional são os profissionais de saúde.

Tendo em mãos o aceite das instituições coparticipes e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, buscamos em cada uma das instituições, todos os documentos referentes ao registro de ações educativas oferecidas para os profissionais de saúde do período de 2009 a 2014, solicitando cópia da lista de presença em cada atividade. Com esses documentos foram elaboradas listas de atividades oferecidas internamente e externamente para os profissionais da enfermagem, medicina e fisioterapia, as três categorias profissionais cujo número é majoritário nas instituições.

Com as informações das listas distribuímos em planilha do *Excel*, conforme categoria profissional e frequência de participação. Após os lançamentos das atividades internas nas duas instituições, localizamos os profissionais via setor de recursos humanos e os procuramos explicando a pesquisa e convidando-os para responder ao questionário. Simultaneamente procedemos aos registros das atividades externas nos dois locais de estudo.

Os questionários recolhidos foram organizados por hospital e categoria profissional; dispusemos conforme o número de vínculos empregatícios, iniciando por aquele mantido com a instituição e numeramos sequencialmente. Isso como uma tentativa de investigar dentro de cada uma das instituições a educação continuada ofertada; a numeração dos questionários foi apenas com a finalidade de estabelecer o primeiro contato. Após esse momento nós telefonamos ou encaminhamos mensagem por via eletrônica ou ainda para o número telefônico, comunicando do desejo de agendar uma conversa; aguardamos por respostas dos participantes durante três dias. Aqueles que não retornavam nesse período foram transferidos para o final da lista e entramos em contato com o subsequente, até obter resposta com os quais marcamos data, horário e local de encontro.

Dessa forma, após compilar as respostas obtidas nos questionários foram localizados e convidados como participantes da terceira etapa de coleta de dados os respondentes que tinham vínculo empregatício com a instituição para duas entrevistas realizadas em horário e local escolhidos pelo profissional, preferencialmente fora do ambiente de trabalho. Embora essa preocupação inicial, verificamos que os médicos atuavam em mais de um local, como consultórios e outras instituições; optamos por aqueles que, seguindo a sequência numerada, responderam



às mensagens e ou telefonemas aceitando marcar horário para as duas entrevistas. Sobre essas últimas lembramos que foram conduzidas em dois momentos distintos com cada um dos participantes.

As entrevistas com esses profissionais (Apêndice B) se fundamentam em perguntas norteadoras envolvendo os temas de educação no trabalho e promoção da saúde no hospital. As respostas obtidas nesse momento foram transcritas e aprofundadas as narrativas que não ficaram claras quanto a interpretação da pesquisadora ou que não tenham sido abordadas, requerendo complementação na segunda entrevista. As mesmas foram gravadas em gravador de voz e transcritas na sequência, procedendo-se a análise.

O gestor do serviço de ensino de cada um dos hospitais coparticipes e os gestores institucionais foram abordados para coletar informações a respeito das decisões tomadas acerca da educação no trabalho para os profissionais das áreas fins. Esses foram informados a respeito da pesquisa e convidados a participar, solicitando, após o aceite, a assinatura no TCLE. Após os esclarecimentos e ações para a pesquisa demandadas pela Resolução número 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, cada participante foi convidado para duas entrevistas. Abordamos gestores de ensino (Apêndice C) e o gestor institucional (Apêndice D) com questões norteadoras a respeito da experiência de gestão das atividades educativas na instituição e a promoção da saúde no âmbito hospitalar.

Acompanhando o questionário distribuído para os profissionais de saúde e a entrevista dos gestores, foram solicitadas informações de identificação, com um pseudônimo, sexo, idade; profissão e ocupação, tempo e turno de trabalho na instituição, outros vínculos atuais. As entrevistas foram gravadas em gravador de áudio com transcrição e análise pela pesquisadora principal.

Conversamos com os gestores em cafeterias ou em salas reservada no local de trabalho, antes ou ao final de seu horário de expediente. Uma das entrevistas foi conduzida após as 14 horas. Durante a coleta de dados um gestor foi exonerado antes da segunda entrevista e reiniciamos todas as etapas com o novo gestor, o qual participou incrementando as perspectivas para o hospital e com solicitude manifestou a satisfação de poder contribuir com os pesquisadores. Um dos gestores é superintendente na instituição e nos concedeu os relatos aqui apresentados.

Como dissemos inicialmente, as entrevistas seriam conduzidas preferencialmente fora do espaço de trabalho; alguns participantes relataram a impossibilidade devido aos seus horários e funções no hospital ou vida privada, preferindo que conversássemos no próprio local de

trabalho. Isso ocorreu com todas as categorias profissionais envolvidas nessa pesquisa. Ainda assim, convidamos esses participantes para o segundo encontro fora do hospital. Quatro deles não tiveram condições de sair e cederam parte de seu tempo no trabalho para conversar conosco, seja nos consultórios, nas cafeterias do hospital ou em salas reservadas.

Durante a coleta de informações a entrevista com questões norteadoras foi instrumento apropriado na condução da conversa e elemento para fluir a experiência por meio das narrativas dos sujeitos. Assim é que, partindo das respostas, outras perguntas foram feitas no intuito de elucidar a vivência dos sujeitos. Destacamos que a fala livre provocada pela pergunta aberta possibilitou ao participante mencionar aspectos sobre o não questionado; em função disso, quando o tema foi abordado pelo narrador não fizemos a questão. Verificamos que a entrevista permitiu que ocorressem trocas entre os entrevistados e a pesquisadora principal.

Além disso, utilizamos um caderno de campo, no qual foram feitos registros de observações realizadas durante toda a coleta de informações. As respostas obtidas no questionário e as entrevistas foram analisadas para responder como os participantes compreendem a educação no trabalho e a perspectiva do hospital na promoção da saúde.

Para melhor compreensão do leitor, desenvolvemos separadamente os procedimentos realizados em cada uma das instituições na obtenção e compilação das informações, apresentados na sequência.

### 3.4.1 Procedimentos no H1

Nessa instituição o primeiro contato foi com o gestor de recursos humanos, explicando a pesquisa e solicitando acesso as listas de presença de pessoal de enfermagem, fisioterapia e medicina, participantes em atividades de educação no trabalho no período de 2009 a 2014. Foram encaminhadas por via eletrônica listas de funcionários e de atividades no trabalho realizadas. A lista recebida continha o nome do profissional, cargo, atividade desenvolvida e data de início e término da atividade.

A listagem foi atualizada pela pesquisadora, excluindo os nomes daqueles que foram desligados e os que não eram profissionais da saúde, já que houve essa possibilidade de identificação no relatório. A outra listagem continha a identificação das atividades oferecidas interna e externamente. O banco de dados foi organizado de modo a conter os registros dos profissionais de enfermagem, fisioterapia e medicina com as respectivas atividades e a identificação quanto a local de desenvolvi-

mento, isto é, internas e externas. Após essa etapa, fizemos a contagem do número de vezes que cada profissional participou e a aplicação de filtros para ordenar o número de participação, chegando-se aos profissionais que deveriam ser procurados.

No caso da enfermagem, o filtro foi realizado localizando a unidade de trabalho na qual se destacaram auxiliares e técnicos de enfermagem com participação no maior número de atividades, sendo encontrados quatro nomes: três técnicos e um auxiliar de enfermagem. Na sequência localizamos na planilha desenvolvida as enfermeiras que trabalham nessa mesma unidade.

Com esses dados contatamos a gerente de enfermagem e os enfermeiros coordenadores das unidades informando da pesquisa e sobre os horários mais indicados para se abordar os profissionais da unidade, que tem 47 leitos ativos. Nela, há os seguintes turnos de trabalho para a enfermagem: manhã, tarde, noite par, noite ímpar, diurno par e diurno ímpar. A carga horária é de seis horas para cada turno da manhã e tarde e de 12 horas para os demais. Na unidade selecionada são 3 auxiliares/técnicos de enfermagem, seis enfermeiros gestores da assistência direta aos pacientes e um enfermeiro coordenador de unidades.

Após a identificação dos profissionais de enfermagem com maior participação, retornamos ao setor de recursos humanos para localizá-los na instituição quanto a telefone, horário e local de trabalho, para elaborar a lista com a localização da unidade com maior número de auxiliares e ou técnicos de enfermagem que participaram das atividades de educação no trabalho no período de 2009 a 2014.

Após a localização da unidade planejamos telefonar para os enfermeiros responsáveis em cada um dos turnos de trabalho comunicando nossa presença e finalidade, solicitando então para abordar os técnicos e auxiliares de enfermagem na unidade, nos diferentes turnos. Entretanto, o setor de recursos humanos possibilitou discutir com o enfermeiro coordenador do setor que, após os esclarecimentos da pesquisadora de que estaria adentrando à unidade e abordando a equipe de trabalho, avisou aos profissionais da respectiva unidade de internação.

Esse coordenador também sugeriu os melhores horários para a abordagem aos técnicos e auxiliares de enfermagem e em discussão com ele, optamos por procurá-los na própria unidade, nos seus respectivos turnos de trabalho. Para falar sobre a pesquisa, precedendo a abordagem à equipe de enfermagem, o primeiro contato da pesquisadora foi com o enfermeiro assistencial, o qual é gestor do cuidado na unidade.

No primeiro contato com os profissionais da equipe de enfermagem explicamos os objetivos da pesquisa, benefícios e riscos, convi-

dando-os para participar da segunda etapa dela respondendo um questionário a ser devolvido no final do turno de trabalho. Essa última opção mostrou-se inviável já que durante o trabalho os profissionais não tinham tempo para responder às questões. A partir dessa vivência pactuamos de recolher do material no plantão seguinte. Foram consideradas perdas os questionários daqueles profissionais que não devolveram o documento após três tentativas sem êxito de recolhimento.

Durante quatro semanas, em cada período de trabalho (manhã, tarde, noite par e noite ímpar) fomos ao hospital e apresentamos a pesquisa para a equipe de enfermagem. Alguns profissionais fizeram trocas de plantão em função de necessidades pessoais e do trabalho. Assim, em alguns momentos a pesquisadora principal passou por três dias seguidos no mesmo turno e encontrou profissionais que tinham sido abordados em plantões anteriores.

No período da manhã, após abordar os profissionais no posto de enfermagem, explicando a pesquisa e o TCLE, duas técnicas de enfermagem afirmaram que não tinham tempo para falar com a pesquisadora; outro optou por não participar; duas não devolveram os questionários. Do período da tarde um técnico não devolveu; no diurno par três funcionárias não devolveram e do diurno ímpar outras três não entregaram; dois técnicos do diurno ímpar e um do par não foram abordados por estarem em atividades de cuidado nos quatro diferentes momentos que a pesquisadora estava na unidade.

No período noturno ímpar foram entregues seis questionários; dois profissionais recusaram participar e ao final tivemos a devolutiva de um questionário. No noturno par foram entregues cinco questionários; um profissional recusou outro deles já havia sido abordado no plantão ímpar.

Planejamos que médicos e fisioterapeutas, depois de identificados aqueles com maior participação em educação no trabalho no período anteriormente apontado, seriam abordados por telefone quanto à pesquisa e convidados para responder o questionário da segunda etapa de coleta de informações (Apêndice A), precedido de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Entretanto, enquanto coletávamos os demais dados na instituição, tivemos a oportunidade de abordar alguns profissionais no trabalho desenvolvido nas unidades, após o seu atendimento aos pacientes.

Com relação as fisioterapeutas, após a organização da planilha de frequência nas atividades, a que teve maior participação foi a 51; já as demais participaram de 2 a 28; Listamos os nove nomes daquelas que foram de 51 a 20 vezes nos encontros de educação ofertados. Em conta-

to com a responsável pela organização das agendas de trabalho desses profissionais, soubemos do desligamento de quatro deles e um estava de férias. Averiguamos junto a essa responsável os locais e horários de trabalho e fomos ao campo para contatar quatro fisioterapeutas, para as quais apresentamos a pesquisa e convidamos para a participação e assinatura do TCLE.

A primeira fisioterapeuta abordada informou da impossibilidade de devolução ao final do plantão e solicitou para a pesquisadora a entrega no dia seguinte. Em função dessa realidade optamos por pactuar com cada um dos fisioterapeutas, datas para recolhimento dos questionários.

Na semana seguinte abordamos as três outras fisioterapeutas. Ao serem informadas dos caminhos da pesquisa e como se chegou a cada uma delas, elas se mostraram surpresas e com satisfação do ‘achado’. Uma alegou que estava contente em participar pois era a primeira vez que tinha essa oportunidade; um dos questionários não foi devolvido. Após a leitura das respostas, optamos por aquela com disponibilidade de horário para participar da etapa de aprofundamento nas duas entrevistas sequenciais.

Os médicos são autônomos e, segundo as informações da responsável pelo controle de participação em ações educativas, não há exigência do hospital para a participação desses profissionais, bem como ainda não há um planejamento para ofertá-las. O que existia estava registrado manualmente e foi encaminhado por mensagem eletrônica em maio de 2015; trata-se de uma listagem contendo os nomes dos médicos que participaram de uma atividade administrativa específica na instituição. Foram dois encontros e selecionamos os que tiveram registro de presença nos dois.

A partir dessa lista optamos por fazer a seleção daqueles que seriam abordados a partir da unidade de internação que trabalham os profissionais de enfermagem com maior frequência na educação no trabalho anteriormente elaborada. Para isso fizemos o levantamento de internações na unidade no período de 06 de julho a 06 de agosto de 2015 verificando aqueles com o maior número de pacientes internados. Ao final selecionamos os dez médicos que tiveram seus nomes listados de 25 a cinco vezes. Os demais foram listados por três vezes e menos.

De posse dessa planilha solicitamos para a responsável no hospital fornecer os contatos dos profissionais; recebemos por via eletrônica os números de telefone dos respectivos consultórios, para os quais telefonamos e marcamos horário para apresentar a pesquisa.

Durante o contato telefônico explicamos para as recepcionistas a razão de nossa procura pelos profissionais e as orientações recebidas

foram: ir ao consultório nos horários que o médico estaria presente; encaminhar mensagem eletrônica explicando a pesquisa e telefonar para os seus números de telefones móveis. Após três tentativas de localização em três semanas consecutivas os nomes iam para o final da lista e, ao final, três médicos responderam ao questionário.

Lembramos que as perguntas do questionário envolvem as atividades de cuidado direto com o paciente internado, no cotidiano do local de trabalho e sobre atividades educativas e de promoção da saúde, além de pseudônimo; sexo; idade; profissão; tempo e local de formação; tempo de atuação na profissão; empregos anteriores: último emprego; tempo de atuação profissional no atual emprego na instituição; horário de trabalho; outros empregos atualmente: local; telefone de contato e email para devolutiva dos resultados (Apêndice A).

O primeiro contato para marcar a entrevista com o Gestor do setor de educação foi feito por via eletrônica, solicitando à funcionária do setor de recursos humanos para indicar o profissional. No dia seguinte conversamos com a enfermeira gestora da educação no trabalho por aproximadamente duas horas, quando apresentamos a pesquisa. Após essa etapa e o convite, a enfermeira aceitou e marcamos a entrevista; no dia precedente a participante encaminhou mensagem eletrônica avisando que surgira um compromisso de trabalho e solicitou reagendamento.

Uma semana depois tivemos uma conversa de aproximadamente uma hora e meia sobre as temáticas anteriormente citadas, numa charmosa cafeteria, ao final do seu expediente. No mesmo local e horário tivemos a segunda conversa um mês depois.

Portanto, são participantes da pesquisa na segunda etapa: três enfermeiras (os), quatro técnicos e um auxiliar de enfermagem, três fisioterapeutas e três médicos. Desse grupo foram selecionados para a terceira etapa, que se constituiu de duas entrevistas, um profissional por categoria.

### 3.4.2 Procedimentos no H2

Com relação ao H2, o setor de recursos humanos tinha digitalizada a informação de funcionários que foram liberados para o desenvolvimento de atividades externas, justificando as ausências no trabalho. Na coleta de dados iniciais a pesquisadora recebeu a listagem de profissionais de saúde ativos na instituição no ano de 2014. No setor de ensino foram resgatadas as demais informações quanto às ações de educação no trabalho.

Nas listagens obtidas do serviço de ensino constavam nomes de todos os trabalhadores de saúde e a pesquisadora organizou as informações excluindo os nomes dos que foram desligados e daqueles que não desenvolviam a assistência direta com os pacientes internados. Entretanto, lançamos no banco de dados as atividades nas quais os profissionais de saúde desligados participaram para, ao final termos as informações de quais tipos de atividades são focalizadas para o desenvolvimento de pessoal.

No contato com a chefia do setor de ensino notamos que tais fichas eram inúmeras, inviabilizando a produção de cópias e que estas não tinham lançamento eletrônico, razão esta que levou a pesquisadora a organizar o banco de dados na instituição, durante o manuseio das listas.

Embora o setor de recursos humanos tenha nos encaminhado a listagem de profissionais que tiveram horas liberadas para participação em atividades externas, estas estavam todas registradas como cursos, o que nos levou a manusear caixas e caixas de arquivos para esclarecer a natureza dessas atividades. Outro destaque é que essa realidade nos levou a priorizar os registros de participação em atividades internas, de modo que houve momento em que desenvolvemos as três etapas da pesquisa simultaneamente. A coleta dessas informações iniciou em 10/03/15 e foi finalizada em 19/12/2015.

Depois de registradas as atividades internas para os sujeitos dessa pesquisa foram organizadas planilhas para cada um dos grupos profissionais. Após a identificação dos nomes daqueles com maior frequência nas atividades de educação no trabalho, solicitamos ao setor de recursos humanos os respectivos contatos telefônicos dentro do hospital.

Na área da fisioterapia encontramos oito fisioterapeutas com maior frequência na educação no trabalho e, para selecionar os que seriam convidados para a pesquisa optamos primeiro por aqueles que se envolveram em atividades de maior duração, que foram cursos de pós-graduação *lato sensu* e depois as demais atividades, tais quais cursos de curta duração, treinamentos e capacitações desenvolvidas a partir de 2009.

Com a localização da responsável pelo trabalho desses profissionais no hospital, soubemos das unidades e turnos de trabalho. Uma fisioterapeuta estava de licença prêmio; outra estava desenvolvendo atividades administrativas, e duas estavam de férias. Entregamos quatro questionários após abordar esses profissionais na sala onde se encontram ao início e ao final do expediente.

Com relação aos médicos, levantamos os nomes de 61; desses, 31 não tinha nenhum registro de participação em atividades educativas

internas; 26 participaram de uma atividade administrativa no hospital. Nas demais atividades há a participação de um médico em cada uma; destas uma é curso de pós-graduação. Assim selecionamos os profissionais de acordo com a participação em atividades internas de maior duração, chegando a seis nomes. Desses obtivemos os números telefônicos conforme os locais do hospital onde atuavam com maior frequência. Fomos às unidades e em conversa com as enfermeiras questionamos os horários e locais para encontrá-los.

Em contato com os médicos, um optou não participar; dois não foram localizados na unidade nem no consultório e, mesmo após o envio de mensagem eletrônica, não obtivemos retorno após a terceira tentativa consecutiva em três semanas. Três médicos aceitaram participar e assinaram o TCLE e responderam ao questionário. Para a etapa seguinte optamos por aquele ligado com a assistência direta, uma vez que todos tinham o próprio consultório como outro local de trabalho e ou ainda outros vínculos empregatícios.

No levantamento dos técnicos e auxiliares de enfermagem listamos os nomes daqueles que participaram de cursos, palestras, treinamentos e oficinas. Optamos por aqueles com participação em atividades de mais longa duração: curso de libras e auditoria em enfermagem, ambos com a duração de um semestre, curso de prevenção de pneumonia relacionada com o uso de ventilador mecânico, com a duração de dois dias e treinamentos. Foram pré selecionados os 25 que tinham participado de no mínimo um dos cursos, além de outras formas de atividades. O setor de recursos humanos deu-nos a localização desses profissionais no hospital e identificamos a unidade que concentrava o maior número deles. Localizada a unidade procuramos os enfermeiros coordenadores e os enfermeiros assistenciais explicando a pesquisa e convidando esses últimos a participar respondendo ao questionário.

O enfermeiro coordenador da unidade selecionada nos informou os melhores horários para procurar os auxiliares e técnicos de enfermagem em cada um dos turnos de trabalho, de maneira que não haveria conflitos com atividades de cuidados.

No setor fizemos 12 visitas nos diferentes turnos de trabalho para conversar com os profissionais de enfermagem. Aqueles que não desenvolviam cuidados com os pacientes durante a nossa estada foram abordados. A pesquisa foi apresentada e obtivemos o consentimento assinado de 57 profissionais; um deles pediu para não mais participar e solicitou a devolução do documento assinado; duas outras optaram por não participar.



Portanto no H2, devolveram o questionário respondido três médicos, quatro fisioterapeutas, 15 auxiliares ou técnicos de enfermagem e oito enfermeiros, totalizando 30 participantes. Lembramos que dessa etapa selecionamos um profissional por categoria para responder as entrevistas.

Já com o gestor de ensino da instituição a primeira entrevista teve de ser reagendada. Os encontros ocorreram no final do expediente; um deles foi numa cafeteria e outro no hospital, em local reservado, por solicitação da participante. Lembramos que a segunda entrevista abordou os temas tratados na primeira e que necessitaram de complementação e esclarecimento. O gestor da instituição nos atendeu por duas tardes, ao final de seu trabalho, em uma cafeteria. Para efeito de ilustração elaboramos um modelo do método de levantamento de informações utilizado nessa pesquisa, ilustrado na figura 1 apresentada nos apêndices.

### 3.5 Procedimentos de análise

Partindo dessas colocações, passamos a destacar como desenvolvemos a interpretação das narrativas dos participantes dessa pesquisa.

No desenvolvimento dessa etapa utilizamos os conceitos de Heidegger procedendo à redução e focalizando os modos de ser dos respondentes com relação ao fenômeno educação no trabalho com profissionais de saúde e a promoção da saúde no espaço hospitalar. Após isso as leituras e reflexões foram guiadas por perguntas que se destinavam a identificar aquilo que era dos participantes e o que era dos pesquisadores, mantendo em suspensão os preconceitos dos autores.

Destaque-se que a fenomenologia prática de Van-Manen foi elemento para sistematizar essas leituras e a sua análise, além da redação das histórias. Outra ênfase que as perguntas reflexivas conduziram foi à fusão de horizontes no círculo hermenêutico da compreensão segundo Gadamer, auxiliando-nos no desenvolvimento da interpretação filosófica. Passamos a apresentar a elaboração das etapas para análise dos textos narrativos.

Como dito anteriormente, os dados coletados e as narrativas produzidas a partir das entrevistas passaram por leituras exaustivas visando identificar a compreensão dos profissionais de saúde e gestores sobre a educação no trabalho com profissionais de saúde. Feitas as transcrições das entrevistas de cada participante foram elaboradas histórias com os conteúdos que se revelaram a partir do que nos propusemos

a desvelar nessa pesquisa. Delas iniciamos a análise temática e com essas leituras fizemos a apreensão geral de aspectos do fenômeno educativo nesse âmbito de trabalho. Assim foram desenvolvidas a redução fenomenológica e a suspensão dos conteúdos dos pesquisadores.

Para organizar a análise ou interpretação da informação seguimos as fases a seguir enumeradas para chegarmos a tematização:

1 - Visão do texto na íntegra. Nessa etapa fizemos a leitura das narrativas dos profissionais buscando uma primeira aproximação temática; nesse momento nos perguntamos: qual é a compreensão da educação no trabalho mais importante capturada do texto?

2 - Leitura de seleção de parágrafos dos textos. A seleção se deu com a inclusão das vivências contadas pelos participantes, focalizando a educação no trabalho e a promoção da saúde. Nessa etapa os parágrafos selecionados foram lidos várias vezes para responder: quais as frases e mensagens eram essenciais, ou seja, o que revelavam sobre o fenômeno da educação no trabalho? Aqui o objetivo foi de capturar significados fenomenológicos em expressões temáticas.

3 - Leitura detalhada e elaboração de aproximações. Momento no qual cada frase da narrativa foi lida. Nessa fase a questão guia foi: o que pode ser visto nessa declaração/ou agrupamento de orações sobre a vivência da educação no trabalho? Aqui também buscamos identificar expressões temáticas, frases ou parágrafos narrativos que desenvolviam o significado fenomenológico da educação no trabalho revelada no texto. Ao término fizemos nova leitura das possíveis temáticas elaborando, a partir do conjunto, a tematização do texto.

4 - Leitura dos textos narrativos localizando os modos de ser do sujeito e de educação no trabalho e da promoção da saúde.

5 - Após a identificação das estruturas temáticas retornamos aos textos das entrevistas novamente para compará-los. Nesse momento procuramos responder: a) há informações nas entrevistas que não foram contempladas nas categorias temáticas? b) os temas contêm algo que não está implicado com a entrevista?

6 - Os comentários do caderno de campo foram submetidos à leitura com a finalidade de reconhecer preconceitos dos pesquisadores na redução fenomenológica e assegurar a confiabilidade (*epoché*) para a fusão de horizontes. Na confrontação dos preconceitos refletimos sobre o que faríamos ou pensaríamos estando na situação do participante.

### 3.6 Aspectos éticos

Essa pesquisa iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aceite das instituições na participação.

Todos os sujeitos que aceitaram participar na pesquisa, após os esclarecimentos de sua natureza, inquietações, métodos, benefícios, potenciais riscos e dos incômodos que dela poderiam advir, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme documento elaborado para esse fim (Apêndice F).

Lembramos que para a realização da pesquisa seguimos os trâmites dispostos na Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e, portanto, o TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma delas com o participante e outra com a pesquisadora. Todas as folhas foram rubricadas tanto pelo participante quanto pela pesquisadora. Antes da assinatura no termo de consentimento, houve a leitura e esclarecimento de dúvidas com o profissional, gestor institucional e gestor de ensino (Apêndice F). Para assegurar o sigilo quanto à identificação dos participantes, eles escolheram pseudônimos no preenchimento dos questionários ou no momento de realização da entrevista.

As informações coletadas são utilizadas para essa pesquisa com produção de artigos científicos, requisitos para a defesa da tese e apresentação em eventos de saúde. Solicitaremos também apresentação em reunião do Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina e em reuniões realizadas nas instituições coparticipes com a finalidade de apresentação das experiências vivenciais dos participantes na educação no trabalho.

Consideramos que os riscos que essa pesquisa poderia trazer para os participantes seriam o constrangimento de exporem suas opiniões e uso do gravador de voz. Ainda que fossem riscos mínimos, os pesquisadores tomaram todas as providências e as atividades de pesquisa poderiam ser suspensas com o participante na eventualidade de risco.

A relevância dessa pesquisa é apontar a participação do hospital na responsabilidade e promoção da saúde, uma função pouco explorada no Brasil nesses últimos 20 anos. Outra justificativa de relevância dessa pesquisa é o aspecto ético moral, já que não se justifica preparar os profissionais de saúde para promover a saúde dos sujeitos não doentes e deixar os que estão afetados sem assistência de trabalhadores com formação conforme a preconizada para os primeiros. Além do mais, o hospital é um espaço necessário no cuidado com a saúde das populações. Poucos trabalhos foram feitos trazendo a compreensão do profissional e gestores na definição de ações de educação com vistas a promover saúde

nos hospitais, nos quais eles façam parte desse núcleo, pois eles também precisam ter esse alcance no e para o trabalho e vida.

Como benefícios dessa pesquisa, listamos a contribuição no desenvolvimento do trabalho no hospital referente ao cuidado com os usuários do serviço e também com os profissionais de saúde da área fim. Com isso fornecer subsídios para potencializar/aumentar a participação dos trabalhadores nas pesquisas e no cuidado com a finalidade de promoção da saúde. Os trabalhadores do hospital que são tomadores de decisão poderão encontrar subsídios para atender especificamente às necessidades próprias, dos usuários, da comunidade, do ambiente e dos profissionais de saúde quanto à promoção da saúde no ambiente hospitalar articulado com o modelo nacional de saúde.

Dessa maneira se torna importante e relevante mostrar a inclusão dessa instituição em articulação com a proposta do sistema de saúde do país e necessidades dos envolvidos, bem como focalizar aspectos que caracterizem o hospital promotor de saúde.

## **4 EM BUSCA DE FUNDAMENTAÇÃO NO ESTUDO DA EDUCAÇÃO NO TRABALHO E DO MÉTODO FENOMENOLÓGICO - REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 A construção de subsídios na educação, profissionais de saúde, hospital e promoção da saúde**

Fundamental para se entender os processos de educação em saúde é a imersão no tema, em particular desejamos compreender como a educação permanente com profissionais de saúde pode ser desenvolvida no hospital para que esse seja promotor da saúde. Também sentimos a necessidade de ouvir os profissionais de saúde que realizam cuidados diretos com os pacientes internados quais são as suas percepções sobre os temas, o modo como é feito e porque participam de tais ações. Outro fator é conhecer os resultados que tais ações exercem no cotidiano de trabalho dos profissionais.

Pesquisas em bancos de teses, periódicos foram formas de busca de fontes bibliográficas.

No busca de uma potencial resposta a nossa tese, que a educação com profissionais de saúde é elemento para transformar o hospital em promotor da saúde, alguns elementos chave foram pesquisados em bases de dados nacionais e internacionais. Em função do objeto de pesquisa, a busca nesses ambientes utilizando as palavras-chave e descritores da saúde (DECS): educação continuada, recursos humanos em saúde, promoção da saúde e hospital e sinônimas conforme listagem nos DECS para este conjunto de termos nos idiomas português, inglês e espanhol. A busca em bases de foi até 2016. Esta última data em função de periódicos que podem trazer artigos no prelo.

Para melhor compreensão de nossa pesquisa apresentamos a sistematização no quadro 5, nos apêndices dessa tese. Destacamos que foram descartados os artigos que não abordavam a área da saúde, aqueles que não tratavam dos profissionais foco dessa pesquisa. Também aqueles que mencionavam apenas em suas considerações a necessidade de praticar a educação continuada, seja esta com a enfermagem, medicina e fisioterapia e aqueles que abordavam a promoção da saúde no hospital com o foco na doença e no paciente. Também descartamos os registros repetidos e os que abordavam a educação e promoção da saúde fora do ambiente hospitalar.

#### 4.1.1 A fenomenologia como elemento de abertura na pesquisa

A fenomenologia como método se destacou no movimento científico no século XX opondo-se à objetivação das coisas. Foi proposta por Edmund Husserl que desejava tornar a filosofia uma ciência de rigor frente aos acontecimentos de sua época. A fundamentação é ir às coisas elas mesmas. É na transcendência que se dá o nosso conhecimento das coisas do mundo. Seguidor dessa crença, porém partilhada de outra forma, Heidegger pergunta pelo ser do ente humano, esquecido pela filosofia e tratado como coisa entre coisas (SAFRANSKI, 2005).

Ao investigar com a fenomenologia o ser do humano, Heidegger desenvolve a hermenêutica da facticidade, na qual os acontecimentos e coisas do mundo têm significado a partir da afinação no humor que o ser está. Assim o ser, conforme a sua afinação, se desvela em diferentes modos de ser e, por meio da sua visão prévia ele interpreta os entes que lhe veem ao encontro. Como um existencial o homem é ser-no-mundo que se interpreta a si-mesmo, aos outros e aos demais entes (GADAMER, 2012; KAHLMEYER-MERTENS, 2015).

Assim em sua interpretação em relação aos entes se manifesta como o ser-em-si, o ser-junto-com e o ser-com. Nessas interpretações o ser-no-mundo se manifesta em seus modos existenciais de ser: falar, compreender, fazer entre outros. É no desvelamento dos modos de ser do homem que se desvelam os significados das coisas, como elas os toca.

Como método flexível, não há etapas a serem seguidas e o investigador deve ter a postura fenomenológica na captação de vivências nas quais os entes se desvelam para os sujeitos ao partilharem suas histórias. Requer a escuta atenta e a atenção aos preconceitos para dizer o que esses narradores interpretam do mundo. Consideramos a importância desse método para compreender como é interpretada a educação continuada com profissionais de saúde no trabalho dentro do hospital.

Por trazerem as compreensões do ser, mostram caminhos para o desenvolvimento de ações, a partir da condição de abertura do sujeito humano para elaborar outras interpretações. Isso tem relevância para a saúde e especificamente o campo coletivo, já que as abordagens a partir de generalizações se mostram insuficientes para compreender o mundo vivido pelo profissional em seu cotidiano de trabalho. Outro destaque é a escassez de trabalhos focalizando esse método de pesquisa, o que torna essa discussão pertinente.

#### 4.1.1.2 Traços da fenomenologia existencialista de Heidegger

Uma das correntes filosóficas para compreender os fenômenos é o existencialismo. Nele a direção é a ênfase na responsabilidade do homem pelas escolhas quanto ao seu destino e livre arbítrio. Entre os defensores desses princípios destacamos Heidegger, Jaspers e Merleau-Ponty. Sören Kierkegaard, o fundador do existencialismo filosófico, questionou o homem no mundo, concebido como um agrupamento de átomos pelas ciências, defendendo ser a existência pessoal e única (LUIJPEN, 1973).

O ser humano é um existencial que tem vivências que, antes de serem refletidas de modo consciente, mostram o que de fato representam as coisas para si; isso constitui o seu pré-reflexivo. Conforme discutem Luijpen (1973) e Gadamer (2012) existir no mundo e interpretar os entes do mundo se relacionam de modo que, ao existir, o homem em si já se compreende.

A constituição dessa forma de entender o mundo se dá no pré-reflexivo, que corresponde à consciência que o sujeito-como-cogito tem a respeito das coisas no mundo vivido. O mundo é captado por esse sujeito a partir de suas vivências e estas alimentam a consciência reflexiva. Essa por sua vez é partilhada com o mundo por meio da linguagem, conforme Luijpen (1973).

É a linguagem que nos faz exteriorizar o nosso mundo interno, exprimir o que está presente na consciência e, com a palavra, desocultar os significados que as coisas têm para nós. Despertando o significado, as palavras se dirigem ao sujeito e conformam uma relação de implicação entre quem fala e o sentido, formando uma unidade afirma Luijpen (1973).

Edmund Husserl, estudando um caminho para a elevação da filosofia à categoria de ciência rigorosa, encontra na fenomenologia terreno para concretizar seu intento. A fenomenologia com o lema rumo às *coisas mesmas* indica que as coisas devem ser observadas e experimentadas quando do preenchimento dos atos intencionais. Estas devem ser consideradas a partir da sua visão imediata ao invés de concepções e representação de símbolos (GILES, 1989; GADAMER, 2012).

Nos estudos com Franz Brentano, Husserl levou para o movimento fenomenológico o questionamento sobre a maneira de fazer ciência, a qual desvalorizava o existir humano na sua totalidade (MIRANDA, 2011; SALZEDAS, 2011; GADAMER, 2012). Husserl iniciou os estudos a partir dos questionamentos da tendência que atribuía à psicologia a explicação dos conhecimentos e o funcionamento do pensamento

humano por métodos da natureza, desconsiderando as diferenças entre os seus objetivos.

Para a fenomenologia a consciência já se encontra junto às coisas e se fundamenta na explicação da consciência como um fluxo temporal das vivências; isso torna possível dar significado às coisas. Para Husserl essa é a consciência transcendental, ou seja, o objeto do conhecimento se manifesta mostrando o ser do mundo interior revelando a essência objetiva (GILES, 1989; MIRANDA, 2011; SALZEDAS, 2011; GADAMER, 2012).

Além de transcendental, os atos da consciência, como processos mentais, são intencionais; na afirmação de Husserl, sem o visar não há visado. A consciência, em Husserl, designa todos os atos psíquicos ou vivências intencionais, ou seja, um objeto é visado sem que encontre na sua consciência algo correspondente; portanto está presente, exclusivamente, o ato intencional no modo vivido. E é nesse ato vivido que se encontra a significação e o objeto intencional está transcendente a vivência. Atos expressivos inteligíveis o são em função da intenção de significação ou sentido (STEGMÜLLER, 2012).

Como tratamos acima, os atos já têm uma intencionalidade de significação, isto é, as coisas mesmas são aquelas visadas e experimentadas nos atos intencionais enquanto tais e que são vistas de imediato. Assim a consciência é sempre voltada para algo; essa relação da consciência e do mundo percebido é indissociável. Como se percebe, diferem a atitude fenomenológica na investigação da atitude natural (HUSSERL, 1990; GADAMER, 2012).

Ir às coisas mesmas é compreender a essência das coisas e, para tal, colocar em suspensão o que se sabe do mundo externo com a finalidade de atingir a consciência pura. A suspensão é colocar entre parênteses tanto a dimensão histórica quanto a existencial; também diferenciar fato e essência (redução eidética) e a distinção entre real e irreal, onde os dados da consciência se tornam fenômenos transcendentais da consciência pura (redução transcendental). Para Husserl, a ideia da fenomenologia como filosofia e idealismo transcendental e da redução fenomenológica possibilitam acessar o modo de consideração transcendental, isto é, o retorno à consciência, onde os objetos se constituem<sup>1</sup> (HUSSERL, 1990).

---

<sup>1</sup> Esses conceitos foram defendidos em público em 1907, quando Husserl apresentou *Cinco lições*, manuscrito no qual desenvolveu a ideia de redução fenomenológica produzida entre 1905 e 1909.



Husserl critica a postura natural e defende que filósofos tratam da reflexão sobre o conhecimento e objeto em sua relação. O conhecimento é uma vivência psíquica, explica Husserl (1990), pois se trata do conhecimento do sujeito que conhece; o que ele percebe a respeito da coisa diante de si, diante dos olhos que a percebem. Porém, como tal, a percepção é apenas a vivência do sujeito que percebe.

De origem grega, *phainomenon* (fenômeno) significa aquilo que se mostra por si mesmo, que se manifesta; originada do verbo *phainesthai*, que é desvelar, trazer a luz. Dessa forma, fenômeno é tudo o que se desvela para a pessoa que o interroga. Quando o fenômeno se manifesta em sua pureza é possível apreendê-lo a partir de seu desvelo. Afirma Almeida (2005) que desvelar algo implica desocultamento para olhar dentro de suas possibilidades em um período determinado. Isto é, alguma coisa é em relação a um contexto localizado.

Para apreender algo a partir de si mesmo são necessárias a *epoché* e a redução fenomenológica. Em Husserl a *epoché* traz a ideia de contemplação desinteressada de preocupações das ciências naturais na existência. Stegmüller (2012) complementa que corresponde à suspensão de ideias no sentido de abster-se de juízos sobre as coisas, colocando o caráter de absoluto e inquestionável e de validade originados na ciência natural. Como característica da fenomenologia deve-se partir do entendimento que o mundo da consciência é formado pelas vivências do sujeito.

Como método de pesquisa, a fenomenologia requer do pesquisador mudança radical de seu olhar para o mundo; colocar em suspensão (*epoché*) seus conceitos e ideias; a finalidade é garantir um distanciamento dos conhecimentos do pesquisador para então, com abertura, olhar o fenômeno como ele se apresenta (SALZEDAS, 2011).

Aluno de Husserl, Martin Heidegger desenvolve a fenomenologia como método e referencial teórico na busca pelo sentido do ser dos entes e em específico do humano, que se encontra em movimento de velamento e desvelamento, ou seja, algo que se mostra e se esconde. Mas junto à fenomenologia Heidegger articula o pensamento existencialista de Kierkegaard, criando assim uma fenomenologia existencialista. Colocar o modo comum de pensar em suspenso é o necessário para se viver autenticamente e apreender a verdade, afirma Heidegger. Para ele o estudo do *ser*<sup>2</sup> deve ser a partir do ente que tem a capacidade de se

---

<sup>2</sup> O termo será escrito em itálico para diferenciar as considerações de Heidegger a respeito do *ser* do humano

compreender sendo, ou seja, o ser do humano, o ser dotado da presença (SAFRANSKI, 2005; GADAMER, 2012).

O filósofo nomeia de *Dasein* (ser-aí; estar-aí) o ser do ente humano. Para diferenciar os significados daqueles do seu mestre, Heidegger desenvolveu termos hifenizados, que também simbolizam uma relação indissolúvel entre eles. O *ser-aí*, o homem concreto, é colocado em suspensão e a intencionalidade é a direção para o ser compreendido. Aqui a fenomenologia é ontológica e, como tal, é hermenêutica para a interpretação do ser. O *Dasein* está aberto a possibilidades de criar seus próprios sentidos para a vida, a fim de alcançar sua existência autêntica (SAFRANSKI, 2005; STEGMÜLLER, 2012).

Como o ser do próprio homem está velado, para compreendê-lo filosoficamente, é preciso analisar a partir de sua existência cotidiana, já que seu próprio *ser-aí* se manifesta. Como afirma Stegmüller (2012) abordar essa existência, conforme Heidegger, só é possível através do *como*, ou seja, a essência. O *como* se trata da relação do homem com o mundo; toda essência expressa o *como* da existência e é uma descrição do mundo vivido.

A existência aqui é compreendida como aquilo que na verdade emerge, se desvela; assim ela revela o mundo da existência do *ser* em sua cotidianidade. Porém, aborda o filósofo, no cotidiano vivemos de forma que não exprime a nossa verdadeira essência e então vivemos um modo de ser mediano e banal, ou seja, não é um ser consciente de si (MIRANDA, 2011). E como revelar a verdadeira essência se estamos imersos na vida cotidiana e ela nos impele a tomar decisão?

Heidegger considera que no cotidiano o ser humano se manifesta de diferentes maneiras conforme o contexto e o tempo. Logo há uma temporalidade no existir agora que, ao passar já não é mais; o futuro é algo ainda incerto, mas carregado de um poder-ser toda a potencialidade que o sujeito humano tem em si. O *ser* no cotidiano se encontra lançado na abertura de possibilidades de se revelar, de ser ou não ele próprio embora as requisições da vida no dia-a-dia.

Há condições que propiciam o desvelamento de sua essência e o levam a um refletir sobre sua existência. Para chegarmos a esse movimento precisamos começar pelo modo de ser do humano no cotidiano que é *ser-no-mundo*. Nesse modo de ser o *ser* vive em relação com outros entes. Como é que ele compreende esses outros?

De acordo com Heidegger, os entes como coisas, são compreendidos conforme a relação de manuseabilidade que *Dasein* tem com elas. É essa característica que leva o *ser-no-mundo* a interpretar os objetos conforme o seu 'para que'. As coisas vistas a partir dessa relação

são compreendidas como dadas e, portanto, desnecessário pensar sua essência. Da mesma forma, outros entes como *Dasein* são também dados e a compreensão do outro está dada. Por isso, o *ser-no-mundo* o é na facticidade da presença, isto é, no fato de existir e se interpretar (INWOOD, 2002; STRATHERN, 2004; MIRANDA, 2011).

Estar lançado no mundo é uma situação que encaminha o ser para um mundo dado pelos outros, que não o leva a reflexão; é estar numa situação que lhe é alheia. A saída: como um existencial o ser tem a possibilidade de escolha.

Ontologicamente, o *ser-aí* tem modos básicos de ser. O cuidado, como um desses modos, desvela-se na vida cotidiana de *Dasein*, que cuida de seu ser, de sua existência. O cuidado tem como fenômenos a ocupação e a preocupação. No modo de ser da ocupação o *ser-no-mundo* volta seu olhar para os entes mundanos que, embora tenham seu próprio modo de ser, *Dasein* não se apercebe. Conforme Inwood (2002); Kahlmeyer-Mertens (2011), com isso os vê a partir das atividades que executa com estes entes como tratar e cuidar de algo, produzir algo. Ao se relacionar com seus pares, o cuidado com o ser do outro assume a perspectiva da pré-ocupação. E como o ser tem essa compreensão?

O *ser* tem a percepção dos entes em certa totalidade e isso o faz familiarizar-se com eles e comportar-se adequadamente; está é chamada de circunvisão. Esta que consiste no olhar em torno, é a visão do momento, é o elemento necessário para *Dasein* se firmar sobre seus próprios pés e cuidar de si, bem como ter condições de ajudar os outros a não se reduzirem a uma dependência do mundo, sendo eles mesmos (INWOOD, 2002). Para compreender a si é preciso seguir os passos da fenomenologia.

Segundo Heidegger, colocando o ser em suspensão e fazendo sucessivas reduções, pode se desvelar a sua essência, e assim é possível interpretar o ontológico velado pelo ôntico, isto é, o ser encoberto por aquele dado nas ciências naturais e no viver cotidiano. Mas também, esse ser mundano só o é, essencialmente, em função da existência dos outros, isto é, os significados do ser existente na relação com os outros entes. Logo, a essência do ser está no *ser-no-mundo*, onde ele desenvolve a sua identidade existencial e a de mundo. Para Heidegger, é no cotidiano que o *ser-no-mundo* se constitui como presença, o que justifica que a compreensão ontológica de si mesmo precisa ser desvelada para ser compreendida (ROACH, 2008; MIRANDA, 2011).

Há diferentes estruturas existenciais no ser do homem que lhe permitem viver o cotidiano com os demais entes. Lembrando que a existência está sempre relacionada ao mundo e aos outros, existir é *ser-no-*

*mundo-com-outros*. Nessa relação com os outros o ser se projeta no mundo por meio da linguagem, que é o veículo de expressão da compreensão. Como estrutura ontológica do *ser-aí*, possibilita a própria indagação.

A linguagem é já uma estrutura do *ser-em-si* consciente pois antes disso, expressa-se na forma de falatório, comum no seu cotidiano e ligado a vivência mundana com os pressupostos da ciência (INWOOD, 2002; WU, 2012; MARTINS, 2013).

Ontologicamente pensamento e interpretação são possíveis na situação hermenêutica, conforme nossa posição, visão e concepção prévias, atesta-nos Heidegger. Por hermenêutica o filósofo entende a “interpretação do nosso próprio Dasein” (INWOOD, 2002, p.79; SALZEDAS, 2011).

Nessa perspectiva, *Dasein* é considerada a possibilidade mais própria de ser a si mesmo e, por conseguinte, os conceitos interpretativos daí advindos são existenciais. (SCHMIDT, 2012). Esse autor, pesquisando sobre a hermenêutica em trabalhos de Heidegger, definiu que a facticidade significa o modo particular do ser de *Dasein* e que esse modo é por um período histórico e em uma época particular, como afirmado anteriormente. Ou seja, *Dasein* se mostra com distintos modos em diferentes contextos e momentos. A forma de viver uma vivência ativa é a que *Dasein* é. Nossa forma de ser no estar aí por um tempo, que é nossa facticidade, inclui a compreensão de nossa própria forma de ser. Na existência há a possibilidade mais própria de *Dasein* ser a si mesmo.

A unidade da estrutura do cuidado é a temporalidade, informamos Inwood (2002). Isto se relaciona à última possibilidade do existencial, a morte, a intransferível condição na qual o homem vem ao encontro de si; o fenômeno originário do futuro para Heidegger, para quem o homem é futuro em cada momento. São a decisão prévia e a aceitação da culpabilidade que despertam a clareza necessária para encarar o que vem ao encontro: aqui se desperta a abertura para o presente. Futuro, passado e presente formam uma unidade que dá sentido ao cuidado. A existência humana é um estar aberto no tempo.

A culpabilidade se relaciona com a situação que *Dasein* se encontra lançado no mundo, aquém de sua escolha e se fundamenta no que lhe falta de um outro, que é o seu próprio, e então faltoso; a culpa existencial é justamente ser fundamentado por um não ;o correlato existencial de uma falta do ser simplesmente dado (INWOOD,2002).

Uma das estruturas que constitui o descobrimento de si é a disposição em que alguém se encontra; o humor, que permite ao sujeito tornar-se consciente do mundo ou dos entes como um todo; é uma força

que sucede às coisas e a nós mesmos. A disposição é o humor que revela como alguém está ou ficará, como se está e se torna para alguém (INWOOD, 2002).

Nesse sentido o mundo se mostra à compreensão humana como uma disposição ou estado de espírito. Um deles se destaca: a angústia, na qual o puro existir no mundo se apresenta com tal intensidade que torna aparentes os aspectos mais pessoais, encobertos pelos humores cotidianos. Isso deixa em evidência que as vivências nas quais esses aspectos são ausentes estão em desacordo com o viver próprio; é quando o ser percebe que tem de fazer algo por si mesmo.

É na angústia que se manifesta o caráter verdadeiro do ser no mundo, pois ele se encontra dissolvido em sua individualidade e não mais no impessoal. Além do mais, na inquietação em que se encontra, ele deixa de ser evasivo; nesse humor tem-se a possibilidade de conhecer o seu ser mais verdadeiro vendo o significado das coisas de modo diferente do habitual (INWOOD, 2002; STEGMÜLLER, 2012).

A angústia, uma disposição fundamental, no cotidiano é encoberta por excesso de atividades manuais e graças a ela o homem pode se desvencilhar do *eles* ou o a *gente* para ser o autêntico si mesmo (STEGMÜLLER, 2012; MARTINS, 2013). No cuidado o humano sabe que existe por causa de si mesmo e que também é isolado; internamente se preocupa de seu ser e se encontra ameaçado tanto pelo seu mundo interior, o qual mostra a profundidade da disposição fundamental quanto é absorvido pela massa externa.

A temporalidade que dá sentido ao cuidado desempenha papel primordial no ser da existência humana e se relaciona com a sua finitude, pois a morte já nos rodeia no presente, e quando chega, deixamos de existir. O presente envolve a existência forçando-a a uma decisão; o passado é aquilo que obriga o homem a entrar no presente e que também o limita em suas possibilidades de ser. O futuro envolve as probabilidades realizáveis, que está impregnado da possibilidade da morte. Diante disso, o homem preocupado com o seu próprio ser/salvação, novamente volta-se para cuidar de seu existencial. Tal fato se deve a própria estrutura formal do cuidado relacionada com essa pré-ocupação como uma característica da existência humana (INWOOD, 2002; STEGMÜLLER, 2012; MARTINS, 2013).

#### 4.1.1.3 A hermenêutica na compreensão do mundo e de si

Como citado anteriormente, Heidegger afirma a existência de três estruturas prévias que caracterizam a situação inicial de compreen-

são: posição, visão e a concepção prévias. A posição prévia significa aquilo que temos antes (*Vorhabe*), ou seja, o que queremos destacar da totalidade de um contexto, como pano de fundo como totalidade da relevância. A visão prévia (*Vorsicht*) corresponde a um olhar anterior abordando aquilo que foi obtido na posição prévia como uma interpretação definida, ou seja, as qualificações do fenômeno devem ser abstraídas dos demais seres para ser apenas desse em questão. A concepção prévia (*Vorgriff*) significa literalmente aquilo que é entendido anteriormente no sentido de conceitos (HEIDEGGER, 2011; SCHMIDT, 2012; GADAMER, 2014).

Ao se interpretar *Dasein* se torna essa interpretação, afirma Inwood (2012); se, por exemplo, interpretar-se como um sapateiro, é isto que ele é. Porém, essa interpretação pode ser uma máscara assumida por *Dasein* no impessoal. Para desvelar o ser que está encoberto é preciso ver se a posição prévia, ou seja, a aproximação preliminar é genuína e original ao invés de impessoal ou da tradição. Esta carregada de uma interpretação herdada em uma geração, e por isso não original. Na visão prévia o olhar do intérprete é voltado para o aspecto ou elemento que se quer interpretar e é na concepção prévia que permite que *Dasein* interprete as coisas na medida em que os conceitos estão a sua disposição na concepção prévia (INWOOD, 2002).

Na bibliografia heideggeriana, o filósofo passa por uma importante mudança e, na poesia da continuidade ao seu pensamento deixando de usar o termo hermenêutica, sendo esta seguida por Hans Görg Gadamer, um de seus alunos.

Ele amplia essa temática a partir da própria hermenêutica da facticidade e desenvolve o que chama de hermenêutica filosófica. Gadamer critica a hermenêutica romântica de Schleiermacher e de Hegel e toma o caminho iniciado por Dilthey, na compreensão dos textos do antigo testamento (hermenêutica teológica) e mesmo a hermenêutica filológica (regras metodológicas) para a interpretação de textos clássicos. Conforme a hermenêutica romântica a compreensão de um texto acontece na reconstrução do processo mental do autor e há uma coincidência das subjetividades do autor e do investigador (WU, 2002; SCHMIDT, 2012; VAN-MANEN, 2014).

Gadamer (2014, p. 478) defende que a tarefa de compreender se orienta no sentido do próprio texto e a hermenêutica necessita ultrapassar a reconstrução e pensar no que não representa problema para o autor do texto, isto é, o que ele não pensou. Esse autor precisa ser colocado no campo aberto da pergunta, advoga. Conforme o filósofo, quando ocorre a fusão de horizontes há a verdadeira compreensão, que implica a re-

conquista dos conceitos de um passado histórico (do autor) e o nosso próprio “conceber”. Ele nos fala da estreita relação entre perguntar e compreender, o que nos dá real dimensão à experiência hermenêutica.

Compreender como um dos existenciais do ser humano é um processo contínuo e envolve atenção ao que o texto está falando e questionar os próprios preconceitos. Em Gadamer (2014) são esses pré-juízos que nos tornam surdos para a coisa que nos fala a tradição. Ele considera preconceito algo não pejorativo, reabilitando o conceito da palavra em relação ao sentido dado pelo iluminismo; afirma a existência de preconceitos legítimos na compreensão da consciência histórica. Assim é que os preconceitos de um sujeito constituem a realidade histórica de seu ser.

Sobre a tradição é importante anunciar que ela se dá por meio de nossa temporalidade, conforme entendia Heidegger. Somos trazidos de um passado que influencia o comportamento do *ser*. Nesse sentido, o humano é um ser histórico e compreender é um processo que traz para o presente o passado. A tradição está relacionada com elementos que têm validade por serem consagrados de modo partilhado (WU, 2002).

A compreensão é um projetar: trata de possibilidades futuras e se encerra, de certo modo, na autocompreensão. Ao ler um texto trazemos o passado e fazemos releituras, com outras compreensões, desse passado. Ela começa com leituras prévias da compreensão, interpretando-as como alguma coisa. Ao interpretar um texto não podemos fugir ao modo circular que esta ocorre, no qual a tradição herdada é o ponto de partida. Gadamer problematiza a compreensão correta a partir da fundamentação das estruturas prévias nas coisas em si (SCHMIDT, 2012).

Gadamer não apresenta um método para a interpretação dos textos e nos orienta descrevê-los fenomenologicamente. Em tal perspectiva o investigador está ativamente implicado na interpretação porque o texto tem algo a lhe dizer e porque ele não deixa de lado seus pressupostos. Por isso o cuidado necessário é um ir e vir contínuo no texto e nos nossos pressupostos; isso permite o senso do texto ressurgir a partir de um diálogo com o texto (GRONDIN, 2012).

Para Gadamer, (2014) a estrutura de compreensão heideggeriana é acrescida de um quarto elemento: a concepção prévia de completude. Tal concepção leva o investigador a questionar os seus preconceitos em oposição a um que tenha significado diferente no texto, ou seja, o que está no texto é verdade e questiona nosso preconceito. Ao identificar um que se mantém preservado na tradição, alega Schmidt (2012) este tem a grande possibilidade de ser verdadeiro.

As quatro estruturas de compreensão são nomeadas por Gadamer de preconceitos herdados do passado e que configuram o processo de aculturação. Como tais, os preconceitos são legítimos ou ilegítimos. Os primeiros são baseados nas coisas em si; os encontramos na tradição. A tradição lega juízos e costumes de uma geração à outra; “precisa ser afinada, acolhida e cultivada.” Os ilegítimos são baseados nas ideias ao acaso e concepções populares (SCHMIDT, 2012 p.149). Pode, durante algum tempo, um preconceito ilegítimo ser mantido, porem apenas até ser descoberta a sua ilegitimidade.

A temporalidade na hermenêutica filosófica indica que quanto mais distante for um texto de seu intérprete, maiores as possibilidades de localizar preconceitos diferentes. Pela aculturação e aprendizagem de uma linguagem herdamos um conjunto de preconceitos, configurando o que é do passado; a tradição preserva a interpretação de textos significativos que herdamos; ao compreender transmitimos esses preconceitos para o futuro (SCHMIDT, 2012).

De que forma podemos pensar a concretude de tal hermenêutica? Quando uma situação vivenciada é trazida à lembrança, ela é presente e como tal, tem significações pré-reflexivas. Remontar ao fenômeno originário que permitiu tais significações requer distintas ações na redução propriamente dita.

Na ótica gadameriana interpretar o texto envolve: permitir que o texto nos questione, saber que ao ler um texto, já temos uma interpretação, ainda que rudimentar sobre as ideias presentes. Desenvolver leituras das partes para o todo e deste para as partes é entrar no círculo hermenêutico; este ir e vir é característico da compreensão do texto e permite revisar interpretações anteriores (GRONDIN, 2012).

A sistematização de propostas para se compreender o fenômeno, embora seja a fenomenologia um método aberto em si, nos direciona a escolhas para dar sequência nesse trabalho.

Destacamos a proposta de Max Van-Manen (2014), a qual subsidiará nossa reflexão na compreensão do fenômeno de educação no trabalho e suas potencialidades de trazer mudanças na instituição hospitalar. Este filósofo tem se dedicado ao estudo e prática de pesquisas de orientação fenomenológica. Conforme o autor há diferentes formas de se avaliar a experiência pré-reflexiva, o fenômeno tal qual ele se deu.

Outro aspecto importante apresentado por esse fenomenólogo é o vocativo como uma dimensão fenomenológica que se desenvolve na escrita do texto, principalmente. É esse elemento que permitirá ao investigador apresentar o que foi desvelado de maneira a tornar o leitor o mais próximo possível da experiência vivenciada (VAN-MANEN,



2014). Também esse autor nos trouxe inspiração para sistematizar a análise hermenêutica.

#### 4.1.1.4 Análise pré-reflexiva no material empírico pré-reflexivo

O material para a análise são as descrições das experiências e nelas é importante buscar como os momentos são experimentados nas narrativas dos textos. Nisso constitui o momento de abstração do pesquisador para a construção de temas.

Van-Manen (2014) destaca, entre os métodos de explorar a relação existencial do vivido, ou seja, para explorar o material das narrativas de modo heurístico, a temporalidade. Nessa perspectiva, a temporalidade foi anunciada por Heidegger para explicar a ontologia do *ser*. Temporalidade e pertencimento estão na vida de todo mundo, afirma o autor. Há formas de aparecimento do existencial, como a corporeidade, relações vividas, espacialidade e materialidade. A temporalidade é um elemento que guia nossa reflexão perguntando sobre o tempo vivido com relação ao fenômeno estudado.

Experimentamos o tempo diferentemente quando estamos ativamente envolvidos em algo. Nesse caso, envolvidos com atividades de educação no trabalho, na perspectiva gerencial e dos profissionais de saúde. Espacialidade é um dos aspectos do tempo (vivenciado no espaço). Por isso falamos da distancia do tempo para fazer alguma coisa. O tempo vivido é também experienciado como finalidade, fim, meta, desejos, planos novos na vida. Nosso senso de identidade é vivido em termos de períodos da infância, do nosso trabalho ou vida amorosa, afirma Van-Manen (2014).

Na temporalidade o *Dasein* se percebe sendo com os outros entes e com o *Dasein* dos outros, o *Mitdasein*. Com isso os modos de ser do ente são *ser-em-si*; *ser-com*; *ser-junto-com* (*ser-para*). Nesse aspecto, um ser que estabelece relações e dinâmicas para o agir no mundo. Quando os demais entes não são outros seres humanos, esses se manifestam em si mesmos para o *Dasein* e, nessa circunstancia, é possível compreender a vivencia do *Dasein* com a *coisa-em-si-mesma*.

Autores fenomenológicos percebem a temporalidade ou o tempo como motivos fundamentais do entendimento do fenômeno humano. Heidegger descreve ser como tempo; portanto, sem tempo não existiria o ser.

Explorando o uso da fenomenologia na prática e as atividades reflexivas, Van-Manen (2014) argumenta que o uso de métodos empíricos das ciências sociais por pesquisadores fenomenólogos que não são

filósofos ajuda na coleta sistemática do material experienciado. Além disso, o uso de métodos reflexivos é importante para elaborar os temas dos significados presentes no material analisado. Outra razão da fenomenologia para tornar os métodos das ciências sociais, conforme esse autor é a de ter material para a proposta da reflexão fenomenológica.

Assim os métodos das ciências sociais como a entrevista e a observação são adotados para desenvolver a pesquisa fenomenológica. A entrevista é utilizada com o objetivo de obter a descrição pré-reflexiva; a reflexão hermenêutica é um dos métodos reflexivos que descreve formas de análise ou reflexão fenomenológica própria. Junto disso a postura fenomenológica assumida pelo pesquisador nos métodos reflexivos ao tematizar e o significado podem ser integrados com o método de *epoché* e redução (VAN-MANEN, 2014).

#### 4.1.1.5 A fenomenologia como método no desvelamento da educação no trabalho

O hospital, como um lugar de trabalho para os profissionais de saúde, exibe contextos diversos: são pacientes e seus familiares em diferentes graus de sofrimento físico e mental; são estruturas hierárquico-administrativas que orientam condutas profissionais e pessoais. Ainda como elemento marcante, as altas tecnologias em tratamento e cura se concentram nesse espaço, o que evoca a presença de profissionais com formação em especialidades distintas e outros trabalhadores de saúde. Para lidar com essas facetas o profissional de saúde é apoiado pela política de gestão de pessoas e por extensão na educação permanente no trabalho.

Nesse local de cuidado à saúde das pessoas têm sido apontadas condições que o evidenciam como serviço altamente caro e pouco resolutivo frente aos investimentos e às necessidades de saúde da população brasileira. Porém, notamos que a sua existência é ainda necessária e isso nos direciona a reflexão de que o hospital necessita ser um *locus* que extrapole a cura da doença. A promoção da saúde no ambiente hospitalar é um tema ainda pouco explorado na literatura acadêmica brasileira e a noção de hospital promotor da saúde também é escassa nas pesquisas, sendo praticamente desconhecida no Brasil.

Explicitar como esses elementos interagem e como podem ser redirecionados no encalço de mudança propositiva para a promoção da saúde no hospital pode ser feito a partir da descrição do fenômeno edu-

cativo no trabalho sob a ótica de profissionais de saúde e gestores. Isso nos encaminha para a abordagem fenomenológica na pesquisa.

A fenomenologia foge à perspectiva objetivista de apresentação da realidade ao abordar a consciência intencional e focalizando a percepção da realidade humana do ponto de vista interpretativo; nesse sentido é um dos múltiplos sentidos da realidade (ROACH, 2008). Encontramos em Salzedas (2011), que os fenômenos sociais estudados com o método fenomenológico têm como foco de análise os significados construídos pelos sujeitos; isso implica analisar a partir de suas próprias perspectivas. Em função disso, o acesso a tais experiências requer, como método de abordagem, a entrevista em profundidade ou ainda a entrevista fenomenológica. Essas permitem descrições de trajetórias vivenciadas pelos narradores em um determinado contexto e pessoas que compartilharam a vivência (ESPÍTIMIA 2000; BRITTO JUNIOR; FERES JUNIOR, 2011).

Ao considerar a experiência e o fenômeno hermenêutico, como possibilidade de desvelamento dos significados encobertos, lembramos dos horizontes históricos do autor e do investigador, os quais passam por uma fusão para a compreensão do que é dito. Necessário estabelecer a escuta para perguntar sobre os próprios preconceitos frente àqueles do outro para alcançar um nível diferente de compreensão. Na análise de fenômenos, apreender os significados livre de pré-conceitos e valores próprios é uma das tarefas do pesquisador. E como atuar para o fenômeno se mostrar em sua originalidade?

A fenomenologia não tem um método desenvolvido para a pesquisa; apresenta-se com uma estrutura bastante flexível. No entanto, como pesquisadores fenomenólogos não filósofos, precisamos sistematizar com elementos das ciências sociais a condução da pesquisa e análise dos textos. Concordamos com Van-Manen (2014) que a coleta sistematizada das narrativas propicia a obtenção de conteúdo próprio para a reflexão fenomenológica e, também, possibilita usar métodos empíricos na tematização.

Utilizamos a partir desse momento as fundamentações estudadas em Van-Manen (2014) para abordar os métodos reflexivos na análise das descrições fenomenológicas nos textos obtidos durante a execução dessa pesquisa. Ao analisar os textos fizemos a pergunta nos fragmentos: o que isso fala sobre a educação no trabalho no hospital com profissionais de saúde?

Aproximações para a análise temática se refere ao processo de reconhecer estruturas de significado que são incorporadas e dramatizadas na experiência humana representada em um texto. Analisar temati-

camente os significados de fenômeno (uma experiência vivida) é um processo criativo de *insights* inventivos, de descoberta. Formular entendimento de temas é um ato livre de encontrar significados que é dirigido pela *epoché* e redução (VAN-MANEN, 2014).

Ao explorar temas e *insights* recomenda-nos Van-Manen (2014) algumas etapas na leitura. Assim podemos tratar textos como originários de significado no nível da história completa; no nível de parágrafos separados e no nível da sentença, frase, expressão ou palavra. Nesta última realizamos o processo de tematização.

Assim é importante na leitura da história completa: ler o texto como um todo procurando pelo significado fenomenológico ou a mais importante significação do texto como um todo. Por sua vez, na seleção de partes do texto o autor recomenda a escuta da entrevista gravada e a leitura das narrativas muitas vezes para identificar frases que mostram particularidades essenciais ou revelam sobre o fenômeno ou experiência descrita. No momento seguinte podemos tentar capturar as expressões temáticas de significado ou por meio de parágrafos descritivo-interpretativos.

Na sequência realizamos uma aproximação na leitura detalhada, onde procuramos por uma sentença ou grupo delas para identificar o que elas podem revelar sobre o fenômeno ou experiência que está sendo descrita. Novamente tentamos identificar e capturar expressões temáticas, frases ou parágrafos narrativos que incrementam/desenvolvem o significado fenomenológico da experiência da educação no trabalho nos textos.

Entendemos que a fenomenologia existencial possibilita que a essência da educação no trabalho, por meio das narrativas dos sujeitos, seja desvelada mostrando como esse ente é compreendido no dia-a-dia dos profissionais de saúde no hospital. Também, e decorrente dessa compreensão, refletir a possibilidade da educação no trabalho, via política de educação permanente, torná-lo promotor da saúde.

Frente a essas colocações, acreditamos que a hermenêutica fenomenológica e filosófica são possibilidades para compreender um fenômeno como ele se apresenta. Nesse caso, educação no trabalho sob a perspectiva dos profissionais de saúde, gestores institucionais e gestores de ensino no contexto hospitalar.

Considerando a condição de suspensão do conhecimento que advém do cotidiano e das ciências, acreditamos que o significado da educação no trabalho para o profissional se desvelará possibilitando o desencobrimento do que tem sido para cada um a vivência dessas experiências pré-reflexivas. Esse desvelo será subsídio para entendermos o

mundo vivenciado por eles e sua relação com este ente e a promoção da saúde nos hospitais. Nessa tese usaremos a hermenêutica fenomenológica de Heidegger para apreender, nas narrativas, a compreensão do ente educação no trabalho e destacar os modos de ser dos participantes.

A fenomenologia nessa pesquisa forneceu o arcabouço para desvelar o fenômeno educativo no trabalho a partir do diálogo com os profissionais. O hospital enquanto local de trabalho é um espaço no qual há um processo de construção e reconstrução significativa das formas de ser, compreender e explicar o mundo dos trabalhadores de saúde. Nesse ambiente, a educação contribui para “experimentar o novo não vivido e valorização do vivido” (ROACH, 2008, p.205). Os seres humanos, como entes dotados do ser da *pré-sença*, manifestam nas atitudes e no modo de ser experienciais os fenômenos do cotidiano.

#### 4.1.1.6 Temporalidade para outras compreensões

Entendemos que a postura fenomenológica nos permitiu estabelecer diálogos com os profissionais de saúde e analisar suas narrativas com *insights* reflexivos sobre o fenômeno em estudo. Para instrumentalizar essa conduta trabalhamos este tópico esboçamos o pensamento de Husserl, Heidegger, Gadamer e Van-Manen, os quais alicerçam nossa descrição e interpretação fenomenológica e hermenêutico-filosófica.

As etapas para o desvelamento da educação no trabalho dos profissionais de saúde com vínculo empregatício no hospital foram desenvolvidas em concomitância e a cada etapa de leitura e escuta das narrativas os insights interpretativos eram registrados.

As conversas com os interlocutores e com o orientador da pesquisa foram oportunidades para refletir o que se desvelava. Portanto, enquanto as narrativas eram ouvidas e transcritas as gravações pela pesquisadora principal, momentos de releitura da fenomenologia se seguiam. Após a transcrição das conversas elaboramos uma história a partir do que disse cada participante sobre a vivência da educação no trabalho. Nessa foram suprimidos peculiaridades dos sujeitos e das instituições.

Após as várias oportunidades de apropriação das narrativas para a redução fenomenológica, mantendo atentividade quanto à suspensão de nossos conteúdos, sistematizamos a leitura do texto integral e captamos a ideia geral em cada vivência; na sequência lemos cada parágrafo e frase demarcando aquelas que respondiam como foi vivenciada a experiência. A tematização seguiu-se a leitura por frases e, refletindo o conjunto dos respondentes quanto à educação no trabalho, foram agrupados

conforme a sua proximidade. Várias foram as releituras para certificarmos de não deixar de fora aspectos importantes sobre o fenômeno estudado.

A fenomenologia como método de pesquisa mostrou-se desafiadora; a apropriação filosófica de parte do trabalho de Heidegger, Gadamer e Van-Manen foi relevante na nossa apreensão das narrativas e de nosso próprio fazer pesquisa. Como arcabouço para desvelar os modos de ser no mundo dos participantes que revelaram seus modos de encontrar a educação propiciada pelo hospital, as produções desses autores mudam as perspectivas da pesquisa qualitativa para nós. A forma de descrever o mundo aos olhos dos narradores é uma perspectiva que nos coloca na condição de observadores de novos mundos, para os quais a ciência ensinou a tratar de uma mesma forma.

Destacamos também a vivência de ouvir as narrativas a partir do lugar do ouvinte que apenas expressa o interesse no que está sendo dito. Consideramos a *epoché* um exercício que facilitou a escuta. Dentre os limites dessa pesquisa, estão nosso próprio ser-em-si e nossa compreensão da filosofia heideggeriana; nossa dificuldade em suspender nossos preconceitos durante a escuta e a busca de todos eles, como acentua Gadamer, para a fusão de horizontes.

#### 4.1.2 Educação no trabalho como princípio ou o princípio do trabalho educativo

##### 4.1.2.1 As práticas educativas para a adaptação na sociedade de mudanças

A educação tem sido apontada como elemento que conduz mudanças. As práticas e discursos são carregados de crenças a respeito do ensino, da aprendizagem, de quem ensina e quem aprende, de modo que expressam opções no mundo. Ao escolher princípios pedagógicos, objetivos e conteúdos a serem ensinados estamos nos posicionando no mundo para a continuidade ou para a sua mudança.

Visitando autores que tratam da educação formal encontramos que a educação ideal para o mundo no século XXI deveria estar pautada no estudo de 1996, da Comissão Internacional sobre Educação, ligada à Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Nessa comissão o grupo de especialistas em educação de diferentes países estabeleceu as orientações sobre o tema, conhecido como Relatório Jacques Delors. No estudo o grupo propôs elementos

necessários à adaptação de sujeitos num contexto em contínuas mudanças e globalização mundial (DELORS, 2000).

No relatório, a educação é objeto de debates e da máxima importância. Como dito pela comissão que o planejou, a reorganização dos modelos de educação é fundamental para evitar a exclusão social, o desemprego e a desigualdade de desenvolvimento entre as nações. Nesse sentido e visando a construção de uma sociedade mais solidária, argumenta que a educação não pode ser apenas a formal e que os sujeitos necessitam, além das adaptações necessárias ao campo profissional com suas alterações, aprender continuamente seus saberes, aptidões e desenvolver a capacidade de discernir e agir. O texto segue num apelo para que os sujeitos se sensibilizem e desenvolvam o papel de cidadãos e trabalhadores (DELORS, 2000).

No documento a educação formal tem o reconhecimento de sua importância e o ensino aparece valorizado para além dos espaços escolares. É nesse sentido que criamos uma *sociedade educativa* (DELORS, 2000 p. 18), alertam os relatores do referido relatório. Para esse grupo especificamente, ao propor diretrizes para lidar com a rapidez do mundo globalizado, a educação permanente envolve um *continuum*.

Nesse documento a educação permanente vai para além do que se pratica no cotidiano como reciclagem e atualização. É uma educação que deve atingir a todos, iniciando na família e estendendo-se ao longo da vida. Assim ela se assenta em quatro pilares: aprender a ser, aprender a conviver, aprender a aprender e aprender a conhecer (DELORS, 2000).

Pensando nessas ideias, entendemos que a educação permanente é requisito para evitar a exclusão social, garantir emprego e desenvolvimento nacional. Ou seja, aqui estão justificativas para o sujeito se dedicar a educação durante a vida, numa permanência que garante ao país o desenvolvimento, de acordo com as exigências tecnológicas; do contrário ficará ele também excluído desse processo econômico e produtivo. Coloca-se para cada indivíduo a responsabilidade por se manter em condições de empregabilidade; ao mesmo tempo não menciona nenhuma responsabilidade do Estado na proteção aos direitos do cidadão. Uma situação de risco de aumento de pobreza e desigualdades entre as nações e dentro de cada uma delas.

Notamos que os autores conclamam para que o sujeito se mantenha aberto para as situações de ensino-aprendizagem durante toda a sua vida, uma exigência para lidar concretamente com as condições em que mudam os requisitos para o trabalho. Tal caráter leva o trabalhador à condição de polivalente e ele desenvolve qualquer atividade no seu

ambiente de trabalho. Outro requisito apresentado no relatório Delors, (2000) é a valorização do sujeito é que este desempenhe suas funções com a melhor qualidade e, quando desempregado, continue buscando formação para reinserção no mercado de trabalho.

Essa formação não precisa ser feita somente a partir dos bancos escolares; cursos a distancia, de longa e curta duração e atualização recebida nos locais de trabalho, quando empregado atendem também a essa finalidade.

Sobre a condição permanente de educação Freire (1982), numa de suas conversas com educadores, aponta que os fins da educação são produzir conhecimento por meio de um caminho. Tal caminho vai responder às questões em favor de que e de quem, contra quem e o que se conhece, justificando que a produção de conhecimento não é neutra. Isso nos chama a reflexão sobre quais seriam as respostas possíveis ao se pensar à educação permanente para profissionais de saúde.

Como temática, a educação apontada por Freire (2001), tem o destaque de ser um processo ao longo da vida. Assim não são políticas que devem dizer aos sujeitos essa condição. O termo permanente vem disfarçar contestações e se apropriar de espaços de discussão sem de fato, dizer a quem atende politicamente.

A educação como prática social explicita uma opção de mundo, uma posição pedagógica, portanto, se constitui numa atividade que tem suas ideologias. A prática da educação, necessariamente é permanente, nos alerta Freire (2001); o humano, justamente por sua condição sócio histórica, sabendo-se inconcluso, está fadado ao permanente processo educativo ao longo de sua vida. Ensinar e aprender são parte da existência humana, assim como as demais coisas e emoções que nos acompanham na existência, acrescenta o autor.

Nesse sentido, alerta, impossível seria ao ser humano, consciente dessa realidade, não buscar ou ter dificultado o acesso, ou mesmo que fosse esporadicamente estimulado a realizar práticas para o seu aperfeiçoamento contínuo. Também, nessa perspectiva, seria impossível crer que seríamos seres humanos, no refazer o mundo, desconsiderar as constantes trocas entre os sujeitos em dizer, ensinar e aprender o mundo. Nessa lógica ele se posiciona que “[...] Foi exatamente porque nos tornamos capazes de dizer o mundo, na medida em que o transformávamos, em que o reinventávamos, que terminamos por nos tornar ensinantes e aprendizes. [...]” (FREIRE, 2001, p.12).

Sendo assim, o ser humano, na condição de inacabado, indagador, histórico e no mundo com os outros, seria difícil para ele não ter a noção de estar em processo constante de formação. Formação em todos os



aspectos da vida, que diz respeito ao processo formal educativo, aos aspectos de convivência, de amizade e cidadania. A educação é permanente no sentido da finitude do ser humano e dessa sua consciência quanto a sua incompletude e não a ideológica ou de determinado posicionamento político. Isso nos coloca na condição de “seres educáveis, no processo permanente de busca [...]” afirma Freire (2001, p. 12).

Como podemos perceber, são aspectos políticos que articulam o processo de formação ao longo da vida. Em função da apropriação de tecnologias e de competitividade empresarial coloca-se sob a responsabilidade do indivíduo a condição na qual ele está no mundo. Ora empregado, ora desempregado, mas em ambos, permanentemente formando-se para o trabalho e em função dele. O discurso da educação permanente esconde essa condição e trata de orientar a elaboração de políticas que isentam o Estado dessa função.

Como dito anteriormente, a educação permanente tem o trabalho como princípio educativo. É a educação para a vida (DELORS, 2000; VIEIRA, 2013). O que isso significa? O que o trabalho pode ensinar para além do fazer interno ao próprio trabalho?

Vieira (2013) analisa a temática à luz da reestruturação do trabalho orientada pelo processo de globalização, resultando mudanças na sua organização. Na trajetória a educação recebeu a adjetivação e teve diferentes significados conforme os interesses predominantes a cada ressurgimento para focar um determinado grupo de pessoas. A educação permanente foi tema de debates na década de 1960 significando educação de adultos; naquele momento a educação permanente se justificava diante das necessidades de mão de obra com domínio da língua escrita.

Essa mesma autora contextualiza a situação no Brasil: a quantidade de adultos analfabetos, considerada alta, seria reduzida com essa educação permanente com o significado de que a educação, por ser permanente, extrapolava a faixa etária infanto-juvenil para se destinar, também, para o adulto.

Posteriormente, foi tomada como princípio educativo para transformação na educação formal; como prática foi discutida e assumida por alguns educadores como princípio da educação realizada fora da esfera escolar formal, que seria um sistema paralelo. O ideal é assumir a população em todas as faixas etárias e formas de educação. Dessa maneira, não mais entendida como a que se aplica a determinada faixa etária para se deslocar para um desenvolvimento ao longo da vida (VIEIRA, 2013).

Depois ela assume a perspectiva de educação complementar para os sujeitos que não tiveram acesso à formação que tinham por direi-

to, estendendo-se para além dos anos de estudos obrigatórios. Na década de 1970 a educação permanente é tomada como marco pela UNESCO que lhe infere força para dar conta de um processo que deve acontecer por toda a vida (VIEIRA, 2013).

Pesquisando o tema em veículos internacionais, encontramos trabalhos que exprimem preocupações semelhantes com a educação permanente. Na perspectiva que a aprendizagem acontece por toda a vida dos indivíduos e nos diferentes espaços, Alves (2010) destaca a centralidade da educação ao longo da vida que, como conceito polissêmico, vem reavivar os debates sobre educação e aprendizagem e de retomar os princípios do relatório Faure, de 1972.

Nesse relatório estão desenvolvidas ideias de solidariedade entre as nações e culturas e a crença de que cada sujeito é autônomo para planejar e participar de seu futuro. Ainda fazem parte dos ideais o desenvolvimento com foco na integral expansão da pessoa e uma educação formadora de sujeitos assentada na concepção de que os conhecimentos não são definitivos (WERTHEIN E CUNHA, 2005).

Portanto, um aprender ao longo de toda a vida, um saber constante; uma educação permanente. Tal concepção foi um norte para o Relatório Faure, cujos princípios se disseminaram por diferentes países, e presente no Relatório Delors, alcançou a elaboração de políticas educacionais mesmo em países mais tradicionais, afirmam Werthein e Cunha (2005).

Com a globalização e o reordenamento do mundo, a Comissão da UNESCO se encontra para estabelecer eixos educativos para que as diferentes nações estabelecessem suas políticas. A educação tem como missão fazer com que cada um perceba suas potencialidades, já que cada um é responsável pelo seu projeto pessoal (WERTHEIN; CUNHA 2000).

Como se percebe há ênfase na ideia de autonomia do sujeito para escolher e determinar o seu futuro, influenciado pelas instituições de educação formal. A educação, já que se dá ao longo da vida será o norte para pensar esse destino.

Alves (2010) também alerta quanto aos riscos de reducionismo na educação ao longo da vida, sendo um deles subjugar a aprendizagem às finalidades profissionais e de competitividade econômica. Com isso levaria os processos de aprendizagem a se limitarem a assegurar a capacidade produtiva de cada indivíduo. Concordamos que outro risco é a compreensão, enquanto política, de ser um processo de responsabilidade individual com redução das responsabilidades na criação de condições favoráveis a aprendizagem pelo Estado.

Para a autora, as estratégias reconhecidas como favorecedoras da educação ao longo da vida englobam uma multiplicidade de ações e nelas se encontram os apoios concedidos aos indivíduos para frequentar ações de educação e formação (ALVES, 2010).

Os debates em torno dessas preocupações permearam também outros momentos nos quais a educação permanente foi apresentada como elemento capaz, por si mesmo, de dar conta das necessidades de determinados grupos populacionais. Gadotti (1982) pesquisando sobre o tema nos documentos oficiais da UNESCO, em Genebra, defendeu já a mesma ideia trazida por Alves (2010), ao analisar textos dessa entidade. Conforme o autor o discurso da educação permanente à época já era um discurso incompleto.

Mas outros precedentes da educação permanente datam das primeiras três décadas iniciais do século XX, alertam Paiva e Rattner (1985). No mundo, esse tema passa a ganhar destaque com as condições de desenvolvimento do capital no período compreendido entre a crise de 1929 e a Segunda Guerra Mundial. Nessa etapa da história, com o acúmulo de capital e as descobertas do pós-guerra, houve aumento significativo no desenvolvimento científico e tecnológico.

Em função disso o trabalhador é substituído, parcialmente, pelo maquinário automatizado, sendo então deslocado dos campos de produção agrícolas para trabalhar na área de serviços. Por outro lado, a própria inovação tecnológica é motor para o crescente consumo de melhores equipamentos para a produção, forçando o dono do capital a trocar constantemente seus bens fixos, isto é, seu maquinário, no intento de continuar competitivo (PAIVA; RATTNER, 1985).

Em função disso, a necessidade de reciclagem dos trabalhadores foi requisito para alimentar essa rede, afirmam Paiva e Rattner (1985). Diante dessas mudanças o empregador e a sociedade criticavam o Estado para a produção de educação diferente da tradicional, de modo a acompanhar as mudanças necessárias para o trabalho; alegavam um distanciamento substantivo entre a realidade e a educação desenvolvida na escola.

Nessa ótica vemos que há certa desvalorização do ensino escolar que, ausente das modernas tecnologias, promove um ensino considerado inadequado às exigências do trabalho. Qual a conduta diante dessa condição já que fundamentalmente estamos tratando de um processo de maior importância? Falamos sobre a educação e por meio dela, o processo formativo das lideranças e de cidadãos numa sociedade. E, sendo essa uma realidade pensar que outras possibilidades são plausíveis ao enfocar a educação permanente.

#### 4.1.2.2 A educação em análise

A educação permanente é entendida sob três perspectivas (Vieira, 2013). Uma delas evoca a ideologia educativa e seu ocultamento dos problemas de desigualdade no acesso a educação; outro a considera vinculada ao processo de desenvolvimento econômico e social, arrematando a possibilidade de outros espaços como produtores de educação, além da escola; e a terceira, entendendo o seu caráter humanístico.

Como ideologia educativa e ocultamento da desigualdade no acesso, Nogueira e Catani (2004) afirmam, a partir de estudos de Bourdieu, ser a escola um elemento para a reprodução das classes sociais. O sociólogo defende que a relação entre o Estado e o sistema de ensino está mais para a reprodução social do que para a reprodução técnica, opondo-se a afirmativa de produção de trabalhadores altamente especializados para o trabalho no ensino formal.

Conforme os autores, cada sujeito traz bagagens culturais originadas na família e estas influenciam nas suas escolhas por continuidade nos estudos. Por seu turno, o Estado organiza o sistema de ensino de modo a atender as diferentes inserções econômicas das famílias. Conforme discute o sociólogo, argumentam os autores, constitui o “princípio da eliminação diferencial das crianças das diferentes classes sociais a atitude da família em relação à escola e ao futuro [...]” (NOGUEIRA; CATTANI, 2004 p.50).

A escola, aceitando em diferentes organizações sujeitos de diferentes heranças culturais e *ethos* contribui, portanto para a manutenção dos sujeitos em sua mesma classe social, contrariamente ao que se dissemina de que o diploma potencialize a ascensão social. Dessa forma, os filhos dos operários, majoritariamente, têm menor ou igual escolaridade formal que seus pais e para eles o Estado reserva o ensino técnico. Os membros da classe burguesa encontram local propício ao seu desenvolvimento e manutenção do grupo nas esferas de classe dominante, em universidades e com as melhores colocações no âmbito do poder. Geralmente há um capital cultural familiar e um *ethos* que encaminha os seus filhos para esses campos de ensino.

Continua o estudioso afirmando que os dirigentes da classe social dominante precisam de instituições formadoras. Estas ao conferirem titulação não podem ser contestadas, já que o trabalho em suas instituições implica empregar pessoas com alto gabarito para o desenvolvimento do capital financeiro. Tais dirigentes podem agir então no favorecimento àquelas instituições de ensino vinculadas com a economia, seja

por ligações pessoais, a exemplo com professores; seja institucional, como os conselhos de ensino, para controlar a obtenção de graus nas instituições universitárias (NOGUEIRA; CATTANI, 2004).

É a partir dessas participações que o mercado de trabalho e o de ensino também regula formas e quantidades de ingressantes e de egressos nos diferentes níveis educacionais. Ao perceber que a tecnologia chega e que não há conhecimento necessário para lidar com elas, não basta que o aluno egresso traga conhecimentos gerais de sua formação. É prudente, diante dessa exigência, entender que lhe falta domínio e que ele busque em formações por sua livre iniciativa. Caso não o faça, a empregabilidade está em risco. Um círculo no qual formar e re-formar são constantes.

Isso não é ruim, se visto pela ótica de que o sujeito amplia seus conhecimentos e desenvolve suas potencialidades ativas na construção social. Por outro lado, é um processo que tende a marginalizar aqueles que não têm aptidão para tal e para responsabilizar os indivíduos pelas suas conquistas e suas perdas; portanto uma situação favorável a competição e desmonte de conquistas coletivas.

Seguindo a lógica da orientação internacional podemos localizar na atual legislação brasileira de ensino, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), que há diferentes modalidades de formação dos estudantes. Para alguns membros da sociedade as universidades estão responsabilizadas por formar aqueles que serão pesquisadores e produzirão conhecimento. Por sua vez, as faculdades isoladas e os centros de ensino não produzem conhecimento e devem atuar na formação de egressos que, no projeto social, valorizem o trabalho por si e consumam os saberes produzidos nas universidades (BRASIL, 1996).

Alguns grupos sociais não acessarão o ensino superior e sua empregabilidade será garantida mediante o ensino profissionalizante e para esses, ideologicamente, apenas as atividades concretas interessam, ficando as demais em segundo plano (BRASIL, 1996).

Esclarece Bourdieu que conservar as vantagens da titulação universitária para a reprodução da classe dominante e controlar o acesso das outras classes aos poderes atribuídos pelo diploma encontra concretude no desenvolvimento do *ensino privado, das empresas de formação, recuperação e reciclagem incrementadas pela aparição da 'formação permanente'* [...] (Nogueira e Cattani, 2004, p. 139) ou mesmo estabelecendo uma política de ensino na qual se organizem as instituições que confirmam o diploma.

Basta verificar a Lei de Diretrizes e Bases de Educação Nacionais (LDBEN) onde consta no 52 artigo que as universidades, são enti-

dades pluridisciplinares de formação de profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano. Por outro lado, a educação profissional pode ser efetivada [...] *em articulação com o ensino regular ou por diferentes estratégias de educação continuada, em instituições especializadas ou no ambiente de trabalho.* [...] (BRASIL, 1996).

E, numa sociedade onde as profissões se distribuem conforme a titulação, o trabalho se divide em manual e gerencial. Quanto menor o nível de formação educacional, mais próximo do manual; a divisão do trabalho entre os que pensam e os que executam. Portanto, desnecessário prolongar o tempo na escola, desnecessários conteúdos que instiguem a crítica. Tal pressuposto na formação, em alguns casos, serão articulados com a formação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, via educação permanente.

Entendemos que a afirmação sobre a relação do Estado com o ensino formal de Bourdieu parece bastante verdadeira, a qual se insere numa política global de produção de conhecimento e de sujeitos que o produzam. Embora essa seja uma possibilidade, outros fatos devem ser considerados no cotidiano social e histórico para o enfrentamento dessa condição. O ser humano e a realidade não são imutáveis. Nessa perspectiva Mészáros (2008) afirma que data de quase cinco séculos o entendimento da imperatividade e irreversibilidade na busca de mudança estrutural radical que nos leve para além do capital, naquilo que for genuíno e educacional viável do termo. O autor concorda que há estreita relação de educação e reprodução social e afirma, consequentemente, essa característica tornaria já impossível atingir mudanças educacionais sem a necessária mudança de um quadro social.

Esse filósofo ironiza ao considerar absurda a formulação de ideal educacional numa sociedade feudal em que os servos fossem ensinados a dominar a classe de senhores. Infere ainda que um dos problemas das teorias que se fundamentaram no capital para dar resposta a necessária mudança educacional encontraram uma situação de reprodução social metabólica, isto é, reformas educativas alicerçadas unicamente no capital e não em aspectos radicais dessa ideologia. Estas são condenadas a poucos resultados, pois o problema fundamental não foi atingido.

O próprio sistema capitalista é uma contradição, o que esvazia qualquer reforma educacional dentro desse modelo. Ademais ele explica que a educação institucionalizada tem também a função de gerir e transmitir valores próprios que legitima os interesses dominantes (MÉSZÁROS, 2008).

Visto sob essa perspectiva e sabendo que estamos limitados, pois não há alcance de mudança na estrutura social, procuramos articular e relacionar com essa condição o caráter humanístico da educação. Vieira (2013) destaca-a como possibilidade de conquista de espaços de consciência, saber e superação; aponta essa visão de educação permanente no entendimento que se produz o protagonismo dos sujeitos na elaboração de novas relações sociais. Dessa feita, na perspectiva humanística haveria a valorização do educando em seu local de trabalho, uma vez que em sua prática existe a concretização de sua ‘imagem’ enquanto representante de uma classe.

Conforme a autora, no eixo do trabalho a educação permanente permite a realização de sua função política, socializando o homem. Por sua vez, esse homem, desenvolvendo o seu trabalho agrega elementos das esferas econômica, social e política – sendo um porta-voz do trabalho realizado. Tomada nessa perspectiva a educação permanente é componente capaz de valorizar o trabalhador e suas relações de cidadão. Além disso, quando analisada a relação com as necessidades de saúde da população, se articula com o aprimoramento contínuo, afirma Vieira (2013).

Acreditamos que é bastante desafiador concretizar educação permanente com tal perspectiva e seria interessante pensá-la capaz de produzir a valorização desse trabalhador para além do aspecto produtivo. Nessa concepção enfrentaríamos as mazelas do individualismo e da competitividade. Parece também um processo que instiga a construção de espaços de debates e onde todos têm voz. Isso lembra Mézáros (2008) da necessidade de atingir a origem do problema e não apenas continuar remediando os seus efeitos, claro está, atingiríamos a ideologia da educação permanente.

Entendemos que a educação, ao receber a qualificação permanente, desvia o foco do verdadeiro ideal que se tem, estabelecendo-a como orientadora para as atividades profissionais formativas. Como aqui está apresentado e, concordando com Vieira (2013) o termo vem ocultar as ideologias predominantes de concepção de homem e educação para o mercado, características da crise estrutural do capital.

Portanto, a educação continua sendo um processo para toda a vida já que, inconclusos nos construímos e nos constituímos paulatinamente junto com os outros. Precisamos sim desenvolver aptidões para o trabalho; também para a convivência social, para o lazer e repouso e para nossa emotividade. Como seres humanos em constante aprendizado do mundo, nos educamos por inteiro.

Feitas essas aproximações buscamos como esses conceitos se concretizam, na vida prática, ou seja, como essas ideologias atingem o trabalho em saúde, especificamente, com profissionais em hospitais.

#### 4.1.3 Educação e gestão do trabalho de profissionais de saúde na era da educação permanente

As práticas de educação após a formação profissional são colocadas como necessárias para enfrentar as condições de mudanças. Graças a elas é possível ao trabalhador manter-se atualizado e também contribuir com melhores resultados de seu trabalho, algumas vezes apontado na literatura como qualificação. Uma atividade necessária, especialmente porque, após a formação alguns trabalhadores não retomam os estudos e, também, as tecnologias modernas precisam ser empregadas.

No campo do gerenciamento, treinamento e desenvolvimento são apresentados como elementos que tornam a empresa mais competitiva. Por meio deles é possível adequar as pessoas à cultura organizacional, provocar mudanças de atitudes, desenvolvimento de competências, bem como prepará-las para remanejamento e reduzir custos empresariais. O treinamento e desenvolvimento dentro das empresas, além de promover atualização do profissional, as tornam mais atrativas e retém pessoal com características de eficiência e eficácia, conforme nos colocam Marchi, Souza e Carvalho (2013).

Nesse sentido, manter os trabalhadores atualizados e com as competências que tornam a empresa um diferencial no campo e local em que está sediada é uma necessidade e não um custo, especialmente no mundo mercadológico. Logo, o desenvolvimento de pessoal, isto é, investimento em capital humano, será diferencial e inexorável, conforme as mesmas autoras. Elas alegam que o treinamento é adequado para tarefas específicas enquanto o desenvolvimento tem uma amplitude maior, pois envolve o preparo das pessoas para o crescimento profissional (MARCHI; SOUZA; CARVALHO, 2013).

Na educação no trabalho em saúde verificamos a realização de atividades cujos fins se centram no aprimoramento de habilidades e destrezas instrumentais, questões comportamentais de relacionamento entre pacientes e profissionais e também o conhecimento técnico científico. Neste último trazem as descobertas mais atualizadas para apresentar aos profissionais.

Em observações informais nos locais de cuidado, verificamos que são realizadas atividades do âmbito técnico de modo a propiciar informação, as quais são desenvolvidas conforme os modos tradicionais



de ensino-aprendizagem. Geralmente são palestras nas quais comportamentos profissionais, doenças e maneiras de cuidado dos usuários dos serviços são abordadas.

Como dito anteriormente, geralmente as atividades não seguem a pedagogia problematizadora e os profissionais são informados sobre a atividade sem fazerem proposições. A participação do usuário no hospital, ainda não foi aludida, e tem sido amplamente divulgada a sua representação em Conferências de Saúde e Conselhos Estaduais, Municipais e Locais de Saúde, a partir da atenção básica à saúde (CORTES, 2002). Os gestores tomam as decisões entre seus pares e estabelecem temáticas a partir de observações de desempenho funcional ou ainda de necessidades de apropriação de conteúdo novo.

Na docência, acompanhando alunos no ensino teórico-prático nos hospitais, e mesmo durante a vivência profissional da pesquisadora em hospital, verificamos que os assuntos predominantes são definidos por gerentes do setor de ensino nos hospitais e pelas chefias no geral, face às dificuldades apresentadas no desempenho cotidiano do trabalho da enfermagem. A educação no trabalho com a medicina e fisioterapia aborda avanços tecnológicos na atenção à saúde e a sua realização é independente de organização pelo setor de ensino.

Como tem sido essas práticas é o que procuramos demonstrar na sequência desse texto. A educação para o trabalho vem sendo utilizada para conferir e manter o registro dos profissionais de saúde na região europeia e 17 estados membros requerem que seus trabalhadores participem dos programas *Continuing Professional Development* (CPD), seja por exigência legal ou mesmo por necessidade institucional e até para diferentes grupos profissionais. O texto que se segue referente às ações de educação continuada no mundo é fundamentado em Giri; Frankel; Tulenko et al, (2012).

Na Áustria, França, Itália e Reino Unido, embora existam programas de desenvolvimento profissional, os autores relatam que estes não são legalmente executados. Na África do Sul e Uganda, dos profissionais é requerida a participação em CPD para conceder registro e autorização para desenvolver o trabalho.

Com relação aos países asiáticos, em Singapura somente os médicos necessitam realizar tais atividades com a finalidade de manter a licença profissional; no Japão, não há sistema regulador, porém há um programa de certificação contínua; na Malásia é requerida dos funcionários do setor público a participação em tais atividades. Já no Vietnã a *Law on Examination and Treatment* obriga profissionais de saúde a

participar de CPD e nos Emirados Árabes a participação em CPD é requerida apenas para médicos.

Nas Américas, a Argentina tem a Sociedade de Medicina, que é responsável por acreditação e promover CPD nas escolas de medicina; no México é compulsória a participação em CPD sendo que os hospitais do setor privado e clínicas exigem a participação dos profissionais.

No Brasil, a educação de trabalhadores da saúde, especificamente os profissionais, não é uma exigência legal. Os enfermeiros, fisioterapeutas e médicos passam por formação em cursos de terceiro grau, na modalidade presencial, com duração de quatro a seis anos. Dos técnicos e auxiliares de enfermagem a profissionalização exigida se dá no segundo grau. Esses profissionais atuam em diferentes campos e o trabalho do pessoal de formação de segundo grau apenas deve ser realizado sob a supervisão do enfermeiro, em clínicas, ambulatorios, hospitais, pronto atendimentos e na atenção básica (BRASIL, 2016).

Nos locais de trabalho são propiciados momentos educativos, seja do campo técnico seja do campo teórico; dentro ou mesmo fora da instituição. Internamente são atividades que dão suporte para a melhoria do desempenho assistencial, para proteger trabalhadores de efeitos adversos de tratamentos realizados.

Há termos diferentes apresentados para tratar dessa prática: educação continuada, educação permanente, educação contínua e educação no trabalho, entre outras. Passamos a apresentar o que tem sido praticado no mundo que está sob a égide da educação no trabalho.

Abordando o que se faz como prática educativa em hospitais, Garanhani et al (2009) em pesquisa bibliográfica em periódicos nacionais encontraram que as práticas desenvolvidas em hospitais são nomeadas como treinamentos, capacitação inicial de profissionais recém-admitidos, aperfeiçoamento e atualização. Os objetivos dessas ações se relacionaram com: melhoria na assistência, identificar necessidades dos serviços, melhorar a produtividade e promover a integração de profissionais de enfermagem recém-admitidos.

Ou seja, as atividades são realizadas com o foco de educação continuada dando ênfase às necessidades da instituição e aperfeiçoamento individual do profissional. As atividades foram desenvolvidas por meio de palestras e reuniões de grupos e comissões de estudo.

Estudando registros na ouvidoria hospitalar Souza et al (2010) apontam essa como estratégia para o aperfeiçoamento da assistência de profissionais de enfermagem em função de identificar fontes para a educação em serviço e promover treinamentos visando sanar problemas oriundos das queixas dos pacientes.

A problematização do hospital como local para desenvolvimento de educação no trabalho para além de treinamentos e cursos voltados para o pessoal de formação de nível técnico é feita por Amestoy et al (2008). As autoras defendem a possibilidade de se realizar educação com os conceitos presentes na Política de Educação Permanente. Destacam no cotidiano da unidade de terapia intensiva certa tensão na relação profissional-aluno em formação inicial, os quais entendem que esses últimos vão aos campos de prática para absorverem o conhecimento dos profissionais.

Conforme as autoras, uma situação que não percebem é o eixo de interação entre diferentes sujeitos para a relação dialógica nos espaços de ensino aprendizagem. Para propiciar mudança nesse entendimento, as autoras citam a elaboração de projeto que estabelecia trocas entre profissionais e alunos. Elaboraram um painel informativo, alimentado quinzenalmente com trabalhos de interesse dos profissionais e dos alunos. O objetivo desses trabalhos foi sanar dúvidas, promover crescimento profissional, reduzir o risco de iatrogenia, melhorar a qualidade da assistência oferecida aos pacientes internados na unidade (AMESTOY et al 2008);.

Oliveira (2007, p. 586) estudando a importância da educação em trabalho em saúde na promoção de mudança na prática de docentes universitários de Feira de Santana, Brasil e a modalidade a distância para desenvolver a educação no trabalho destaca que “[...] A educação permanente é definida como toda e qualquer atividade que tem por objetivo provocar uma mudança de atitudes e/ou comportamentos a partir da aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes [...]”.

A autora utiliza os conceitos anteriormente apresentados de que a aprendizagem acontece num *continuum* da vida não se restringindo ao período escolar. Ainda conforme Oliveira (2007) a educação permanente pode ser considerada aprendizagem-trabalho, uma relação que acontece no cotidiano do trabalhador e a instituição na qual trabalha.

Por sua vez, Mancia, Cabral e Koerich (2004) afirmam que na educação continuada os elementos visados são a aplicação do conhecimento teórico especializado, resultando em impossibilidade de transformar as práticas laborais no cotidiano de trabalho. Pensar a educação permanente implica na elaboração de propostas para as próprias demandas do trabalho. Alertam Murofuse et al (2009) que tal possibilidade se diferencia por não listar demandas individuais de treinamento com levantamento do que falta ou deseja conhecer, as quais orienta capacitações.

Notamos que as autoras concebem a educação continuada e a educação permanente com semelhantes fins. Concordamos que por questão semântica elas se equivalem. Silva (2000) já mencionou essas discussões, as quais parecem estar em alta novamente. Entretanto ao abordarmos o termo educação permanente queremos nos referir a política para reordenamento da formação de profissionais que usa a ideologia da continuidade da educação como cimento para direcionar essa formação, seja ela no trabalho ou fora dele. Também para nos referir ao modelo de ensino-aprendizagem valorado nessa política: o problematizador desenvolvido em equipes multiprofissionais. Para as atividades educativas de cunho formativo trataremos de educação no trabalho.

Pesquisando práticas educativas desenvolvidas em três hospitais de São Paulo Tronchin et al (2009) focalizaram, via narrativas de profissionais ligados ao seu desenvolvimento, a predominância da enfermagem enquanto trabalhadores foco para a atividade; os temas mais lembrados são do campo assistencial com enfoque na técnica e gerencial, sendo este último relacionado com a promoção da saúde do trabalhador.

Destacam que as atividades foram dirigidas aos profissionais de formação de terceiro grau, sendo eles enfermeiros e médicos e, no nível médio, os técnicos e auxiliares de enfermagem. Os temas se originaram de demandas internas das chefias ou mesmo individuais; predominaram as atividades realizadas na própria instituição e foram adotadas como metodologias aulas expositivas e as palestras, na maioria delas (TRONCHIN et al, 2009).

Apontam essas autoras que para muitas das atividades os entrevistados não relataram formas de verificação da aprendizagem e entre as citadas estão a realização de avaliação de desempenho e atividade escrita. No aspecto da integralidade na abordagem dos usuários verificaram que o público alvo destacado permite dizer que inexistente essa preocupação com a integralidade no âmbito hospitalar.

Discutem Tronchin et al (2009), nesse mesmo estudo, que as atividades com concepções correlatas de integralidade são mais oferecidas para o pessoal de nível superior. Sobre a predominância de atividades do âmbito interno indicam atenção às necessidades de saúde locais e dos usuários de saúde o que demonstra um direcionamento no que diz a política de educação permanente. Noutro aspecto criticam a origem das temáticas pautadas no modelo biomédico, advindo de comissões internas, reforçando o modelo. Sugerem os hospitais públicos da região das Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) no auxílio ao desenvolvimento dos demais na direção de temas oferecidos para equipes multiprofissionais (TRONCHIN et al, 2009).

Também sobre as práticas envolvidas na educação no trabalho e seus resultados, buscamos evidenciar como este tem sido identificado.

Em pesquisa realizada na Turquia com trabalhadores de salas onde se desenvolvem procedimentos para tratamento urológico de litíase foram investigados o conhecimento e atitudes protetoras usadas contra os efeitos da radiação ionizante. Foram encaminhados questionários por via eletrônica e 127 deles retornaram preenchidos. Embora 89% tivesse algum conhecimento sobre o tema, apenas 56%, pouco mais que a metade, teve educação específica sobre os efeitos deletérios da radiação e medidas protetoras (TOK et al, 2015).

No grupo de respondentes, 92% relatou o uso de dosímetro, um equipamento medidor da exposição de radiação acumulada, que permite afastar o trabalhador do local quando exposto a altas doses. Há equipamentos de proteção individual que devem ser usados protegendo regiões vitais: luvas, protetor de tireoide e avental de chumbo. Além disso, proteção radiológica para o ambiente, anteparos móveis e biombos devem ser utilizados para minimizar a exposição aos efeitos da radiação, já que induzem alterações genéticas. Aqueles que participaram de atividades educativas específicas e que usaram todas as medidas protetoras combinadas foram maiores (21%) em comparação com os que não tiveram (2%), sendo estatisticamente significativa a diferença ( $p=0.0004$ ). Isso evidencia no estudo que o acesso às informações e tomada de conduta protetora são correlacionados (TOK, 2015).

Em estudo que se propôs analisar o processo de educação dos agentes comunitários de saúde por enfermeiras que trabalham em Estratégia de Saúde da Família, Barbosa et al (2012) afirmam que há dificuldades em estabelecer no trabalho o que a Política direciona no aspecto de concepção pedagógica de ensino-aprendizagem já que os são utilizadas modos tradicionais de transferência de conhecimento e da postura central do educador.

A educação continuada é um campo que se atém ao próprio trabalho para a proposta de intervenções educativas. Para isso, fundamental é a atuação profissional em equipe, a organização dos serviços em redes, criando outra forma de trabalho onde se privilegie a cooperação e fortalecimento desse grupo de profissionais.

Trabalhos científicos foram produzidos nessa perspectiva. Alguns deles procuram descrever ações que potencialmente levariam a esse resultado, seja em campos específicos como a enfermagem abordando o envelhecimento e cuidados nas instituições de longa permanência (Silva et al, 2008), no ensino, como Fernandes (2008), ou na saúde coletiva, apresentando relatos sobre a formação de facilitadores em edu-

cação permanente em saúde (Cavalcanti; Wanzeler, 2010) ou ainda em ambientes hospitalares (Jesus et al, 2011) identificando junto a profissionais de enfermagem suas demandas e expectativas relacionadas com a temática. Também Leonor et al (2015) justificam o desenvolvimento de educação no trabalho com profissionais de enfermagem para lidar com disfagia orofaríngea em pediatria. Em estudo retrospectivo Amato e Benitti (2014) investigaram a compreensão de médicos participantes de um curso de avaliação de imagens realizado entre 2011 e 2013 e relacionaram a atividade com a reflexão a respeito da prática cotidiana.

Alguns desses trabalhos trazem os textos da política de educação permanente como eixo para a mudança e apontam responsabilidades de grupos profissionais pela execução de tais modificações, com ênfase no aspecto educacional. Outros aventam a aplicabilidade de conhecimentos novos nas atividades profissionais.

Na enfermagem, os profissionais de saúde são particularmente os responsáveis pela qualidade da atenção à saúde dos idosos (Silva et al, 2008) e, para tanto, capacitações têm a possibilidade de “[...] instrumentalização para a crítica da realidade, para mudança e transformação.” (p. 258) que se daria em reuniões mensais com os profissionais.

Na saúde coletiva, os trabalhos sobre a temática se centram na atenção primária, no desenvolvimento de Polos de Educação Permanente e formação de facilitadores – sujeitos que enfrentam os obstáculos ao cuidado integral e humanístico organizando coletivos de trabalho. Assim, junto com os trabalhadores, propoem intervenção diante das dificuldades, contribuindo para a produção de mudanças. A educação é um elemento para qualificação dos processos de trabalho em saúde com vistas a integralidade, humanização e resolubilidade na atenção à saúde (CAVALCANTI; WANZELER, 2010).

A experiência de educação em parceria da universidade com a Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa para a formação de facilitadores de educação permanente, focalizando os processos de trabalho e sua transformação é o relato de Cavalcanti; Wanzeler (2010). Para tanto utilizaram sete trabalhos de conclusão de curso aceitos para publicação em periódico especializado e a avaliação sobre o processo de formação em educação permanente em saúde. O foco dos trabalhos eram intervenções feitas no ambiente de trabalho. As autoras concluem que como processo formativo, houve um movimento, não apenas nas unidades onde esses profissionais trabalham como também nas pessoas envolvidas, validando a educação a distância como prática de educação permanente.

Em pediatria a atividade desenvolvida com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em cuidados diretos com os pacientes em hospital de ensino foi conduzida primeiro com a resposta a um questionário que abordava o conhecimento sobre tema, verificando o conhecimento prévio e determinar o modelo de intervenção. Na sequência fizeram como intervenção a ação educativa por meio de distribuição de folders autoexplicativos, colocação de cartazes no posto de enfermagem contendo informações relacionadas com as perguntas do questionário. Após duas semanas aplicaram três perguntas avaliando a estratégia e sua contribuição para o aperfeiçoamento profissional. A amostra foi constituída por 62 participantes e ao final, 58 responderam a terceira etapa (LEONOR, et al, 2015).

Destacam Leonor et al, (2015) que a conceituação correta foi acima de 90%; pouco menos da metade dos respondentes participou antes de ações formativas para lidar com as crianças com disfagias orofaríngeas. Dos respondentes 80% sentem com inadequado preparo para a assistência. Apontam para o uso de treinamentos, capacitações e reuniões de equipe como atividades que a instituição deve propiciar.

Em medicina, foi avaliada a compreensão e contrastado o uso de método de manipulação de imagens com algoritmos de reconstrução tridimensional e métodos semidigitais de mensuração para a escolha de intervenções cirúrgicas endovasculares após a participação em curso de especialização sobre o primeiro método. Ambos são métodos de avaliação de imagem Foram respondidos 161 questionários por via eletrônica. Como resultados relataram a intenção na redução do uso de medidas intraoperatórias com cateter centimetrado após o curso por 70% dos respondentes, considerando a segurança nos resultados obtidos na angiogramografia. Do total 95% afirmou modificação na prática após o curso (AMATO, BENITTI, 2014).

Destacam Amato e Benitti (2014) como um dos elementos nessa estratégia pedagógica nesse curso foi produzir a reflexão sobre as informações adquiridas seguida por opção própria pelo método a ser utilizado e revelam que grande parte dos alunos ainda utilizava métodos não seguros na programação endovascular como chapas impressas e compassos e confiança em laudo escrito por radiologista. Também o uso de computadores com imagens axiais para as medidas não foi considerado ideal.

Dentre as produções científicas há aquelas que avaliam práticas de educação continuada e permanente mostrando seus aspectos positivos: melhorar a formação por meio de metodologias que tratem os aprendentes como sujeitos. Concluem que há muitos avanços em termos

de política para a saúde (SMAHA; CARLOTO, 2010). No ensino de pós-graduação em assistência social Fernandes (2008) investigou a percepção de 15 profissionais desse campo sobre a educação permanente no trabalho concluindo que as experiências no cotidiano do trabalho são uma estratégia de formação profissional.

Sem dúvida trazem contribuição para pensar que tais atividades permitem aos sujeitos que estão fora dos círculos acadêmicos uma determinada conexão com a atualidade científico tecnológica. Com a educação à distância, muitas pessoas, em diferentes realidades, têm acesso a informações atualizadas sobre os diferentes campos do saber. O que se presencia é que a educação permanente adentrou a vida das pessoas possibilitando que elas estejam com seu tempo ocupado, se qualificando.

O âmbito social que tomou foi para muito além do trabalho. Muitas universidades e instituições têm oferecido essa modalidade de ensino e alguns trabalhos, como o de Ortiz, Ribeiro e Garanhani (2008), Cavalcanti e Wanzeler (2010), Silva et al (2015) têm investigado sobre essa prática mostrando potencialidades no uso do ensino a distância como mecanismo para desenvolvimento da educação no trabalho na perspectiva da educação no trabalho. Nesse aspecto entendemos como limitação que esses espaços virtuais são destinados a um grande número de pessoas e requer a presença de um mediador. Consideramos que num ambiente de trabalho essa modalidade possa ser disparadora de discussões porém não dando conta de outras dinâmicas necessárias.

No âmbito hospitalar, Ferraz (2005) entendeu que as diversas atividades desenvolvidas por setores ligados com grupos de profissionais específicos compunham atividades de educação permanente/continuada. A justificativa para o termo dá-se pelo entendimento de que educação continuada e permanente têm o mesmo sentido. A autora pesquisou a compreensão de educação continuada/permanente com trabalhadores das áreas de enfermagem, medicina e pessoal do setor administrativo de três hospitais.

Como resultados traz que a forma como a atividade educativa é desenvolvida é considerada insatisfatória e os trabalhadores, embora percebam a contribuição para o desenvolvimento institucional, profissional e pessoal, entendem que deveriam ser consultados sobre os temas a serem discutidos. Nesse estudo também é afirmado pela autora, o desconhecimento de atividades e dos documentos oficiais de educação permanente/continuada pelos trabalhadores (FERRAZ, 2005).

Analisando as respostas dos sujeitos, Ferraz (2005) relata que os profissionais, ao serem liberados para participar de eventos internos e



externos ou mesmo para concluir trabalhos em cursos de pós-graduação; com liberação e flexibilidade de horários – consideram que tais práticas constituem incentivos para a educação continuada e permanente. Outros trabalhadores acreditam que a distribuição de panfletos informativos, programas de residência médica e reuniões de discussão também constituem educação permanente para os trabalhadores de saúde.

Conforme as motivações apresentadas por Silva et al, (2008) não entendemos que educação e mudança aconteçam em encontros e discussões casuais, especialmente ao tratar da concepção contínua da educação. Oportunizar que os trabalhadores participem do processo é pensar para além de tais encontros pontuais e focalizados em uma única categoria profissional. Nos textos da produção oficial, existe a crítica a esse tipo de prática por estar relacionada ao modelo tradicional de educação, que parece ser o oposto ao discurso do modelo desejado. Esse modelo tradicional, no qual as atividades de ensino se centram no professor, vem sendo continuamente criticado pela sociedade ao mostrar que há um descompasso entre o ensino e o trabalho.

Entendemos que realmente os modelos de ensino que têm por centralidade a atividade do professor no processo ensino-aprendizagem produz o profissional com características incongruentes com as atitudes do ser ativo e criativo. O que nos leva a refletir sobre a finalidade do Estado desejar profissionais que tenham outra postura, isto é, participante e ativo no trabalho.

Durante o ensino teórico-prático a pesquisadora participou de momentos de educação no trabalho com alunos e profissionais em diferentes instituições e há que se registrar que, embora o gestor invista em ações de educação, ele nega a ocorrência de mudanças nos trabalhadores; alguns usuários por seu turno informam que os problemas de atendimento, desatenção no cuidado à saúde nos diferentes serviços são constantes.

Os profissionais, conforme os trabalhos descritos encontram nos cursos momentos para reflexão e acesso a conteúdos. Pensando nisso e considerando algumas interpretações de Ferraz (2005) sobre a percepção de trabalhadores de saúde, esses modelos usados são insuficientes no alcance de mudanças no processo ensino aprendizagem comprometido com a ideia de trabalhar com autonomia.

Por outro lado, para planejar a atividade de educação no ambiente de trabalho, é necessário ouvir os envolvidos visando produzir uma política institucional para os trabalhadores e profissionais de saúde ao pensar as necessidades do local. Conforme os textos oficiais, esse é um dos eixos norteadores, que deve encontrar no controle social e necessi-

dades da população atendida o foco principal. Ferraz (2005) contribui trazendo um desses aspectos no espaço hospitalar se centrando na percepção de trabalhadores, que apontam como um dos limitantes a ausência de participação na seleção dos conteúdos.

Embora reconhecendo que a existência de uma legislação não implica na universalização das práticas, mas as orientam; isso nos chama a atenção, nesses doze anos de Política de Educação Permanente para profissionais de saúde, parece que algumas atividades mudaram o nome e se mantiveram exatamente como o modelo criticado. Os trabalhadores desconhecem algo que é requerido deles.

Outro destaque ligado com a forma de desenvolvimento das atividades é a prática da modalidade *on-the-job training*. Essa estratégia é recomendada pelas escolas de administração para que as empresas sigam seu itinerário competitivo. Por meio dela os trabalhadores são treinados no local de trabalho a partir de expectativas de que ele se desenvolva para produzir resultados conforme a lógica institucional. O empregador e o empregado ganham muito com o treinamento no espaço de trabalho, já que evita retirar o trabalhador de sua realidade; custos com deslocamentos e contratação de serviços externos; além de resolver os problemas locais. Para o trabalhador reflete atualização o tempo todo em seu ambiente de trabalho, desenvolvimento profissional e suporte nessa aprendizagem (SALLES; LUZ, 2014).

Essa dinâmica de treinamento em serviço é indicada para ocorrer em curtos períodos, no próprio setor de trabalho. Ao ser percebida uma dificuldade ou alguma dúvida seja pelo trabalhador ou por chefias, ele se encarrega de manifestá-la e solicitar esclarecimentos. Quando a chefia nota o problema se encarrega de dar encaminhamentos necessários com esclarecimentos e treinamento no ato que notou a falha. Há vantagens e desvantagens desse modelo e destacamos que é não tirar o trabalhador da frente de trabalho, poucos custos e acontecer no trabalho desenvolvido cotidianamente e com aqueles que compartilham os problemas e soluções. Para o trabalhador é uma condição especial de autonomia e de avaliação de sua realidade para, com a equipe, encontrar soluções que mais se aplicam em função do conhecimento da realidade.

Como vimos, no mundo as ações de educação de profissionais de saúde englobam a manutenção de suas licenças para o trabalho. Enquanto prática, no âmbito internacional a educação tem sido tratada como um ajuste nas políticas educacionais arregimentando a participação dos trabalhadores como requisito para manutenção em seus empregos. No Brasil, é utilizada como mecanismo de atualização e correção das ações profissionais no desempenho de ações assistenciais quando se

pensa em atividades educativas técnicas dentro das instituições historicamente relacionadas com a cura.

Sem dúvida a educação no trabalho desempenha importante papel no ensino aprendizagem de profissionais e, claro, trazem a concepção de gestão e gerenciamento de pessoal nas instituições hospitalares que, por sua vez seguem a legislação definida pelo Estado. A educação continuada em serviço tem uma característica de ser exigência para manter a empregabilidade. Já para o âmbito da saúde, do ponto de vista da atenção básica, essa formação continuada vem formalizada pela Política de Educação Permanente para Profissionais de Saúde (PNEPS), que na prática cotidiana dos trabalhadores se desenvolve com as características de educação continuada em serviço. Vejamos aspectos relacionados à PNEPS para melhor entendimento.

#### 4.1.3.1 Educação no trabalho na Política de gestão de pessoas para o SUS

A Política de Educação Permanente vem organizar a formação dos profissionais de saúde e se fundamenta no discurso de educação para a vida, na lógica da educação para o desenvolvimento de competências para o trabalho. Esta ideologicamente relacionada à responsabilização dos sujeitos pela manutenção de sua condição de empregabilidade.

Trata-se de uma proposta teórico-metodológica elaborada inicialmente para condicionar a orientação e formação dos profissionais de saúde no sentido de equidade, qualidade, eficiência e efetividade na atuação com a população. Segundo a Organização Panamericana de Desenvolvimento em Saúde (OPAS) com a orientação pedagógica problematizadora dos modos de produzir saúde, reorganizando-os. Tal política se justifica para sustentar a reforma sanitária nas diferentes regiões e põe em cheque a descentralização da prática de educação continuada de trabalhadores (OPAS, 2002).

As discussões sobre a educação permanente têm se focado no setor de atenção básica da saúde e tem sido impulsora para sustentar as mudanças no sistema em direção a gestão e educação de recursos humanos. Para a gestão da educação há que se buscar práticas fundamentadas no mercado, massivas e de impacto local capazes de resultar em descentralização. Nessa perspectiva algumas instituições desenvolveram as redes acadêmicas de apoio aos seus projetos de educação permanente, como os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal de Saúde da Família e o Projeto de Profissionalização de Traba-

lhadores da Enfermagem (PROFAE), financiadas pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Banco Mundial (BM) (OPAS, 2002).

Certamente o movimento chamou a atenção para a organização necessária na formação inicial e continuada dos profissionais de saúde. Essa decisão por priorizar a atenção básica está relacionada com definições de organismos internacionais quanto às condições de atenção à saúde das populações e a baixa responsividade da organização centrada na cura (BRASIL, 2002).

Ainda assim, há condições nas quais pessoas com doenças crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica têm agudização ou ainda adoecimento em decorrência de danos que ela causa. Há situações que o sujeito humano tem condições agudas de adoecimento, como infartos, intervenções cirúrgicas de diferentes portes. Nessa situação o hospital ainda é necessário; no hospital trabalham também profissionais no sistema único de saúde e justifica expandir o alcance da PNEPS para esses sujeitos.

Tendo em vista que nessas instituições a educação dos profissionais tem destaque nas décadas de 1970 e 1980 (SILVA, 2000) procuramos identificar como ela está se realizando.

No campo hospitalar a educação continuada e os demais termos apresentados anteriormente, tem entre as finalidades, promover a atualização dos profissionais. Ou seja, parece haver diferença entre os termos e as práticas, no campo da semântica; na vida real, são equivalentes.

No âmbito da instituição pública o que a mídia apresenta, na maior parte das vezes e apontado como solução a educação no serviço, queixas de erros no trabalho médico e também a falta de atendimento. Naquelas instituições da esfera privada é sabido que elas continuamente se veem em buscas de novidades no diagnóstico e tratamento de doenças para se manter competitivas. Acompanhamos também que dos profissionais de saúde, especificamente no âmbito hospitalar, são requeridas continuadas inserções no campo de estudos tendo em vista as mudanças tecnológicas e na ciência. Por seu turno, os noticiários de massa reificam essas condições e as colocam, majoritariamente, como milagreiros e que têm de ser oferecidos a todos os cidadãos, independente de resultados.

Também se dissemina a necessidade de continuamente promover espaços educacionais que tornem esses trabalhadores atualizados. Seja no ensino formal ou no trabalho, existe um apelo para o desenvolvimento de educação dos profissionais de saúde. A educação no trabalho dará conta desses processos que o ensino formal não tem alcance? Outra inquietação: porque a educação formal prepara os sujeitos de uma forma

inadequada e que educação no trabalho os adequaria? Afinal, o que é esse preparo?

Na União Europeia, Titz (1985) afirmou que a educação permanente trazia na sua trajetória de existência o papel político de reorganizar o sistema de ensino, possibilitando a disseminação de novos conceitos que pudessem contribuir na reconciliação das nações no pós-guerra. Segundo o autor, a trajetória de mudança na educação formal foi uma das tentativas de conhecer a história das nações e reduzir preconceitos entre elas.

No Brasil, Ribeiro e Motta (2014) destacam as discussões nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências de Recursos Humanos sobre os termos educação continuada e permanente, que permaneceram vagos. As duas primeiras conferências focalizaram disposições mais gerais com destaque para a formação no ensino superior, em especial a medicina. Na III Conferência, em 1963, as discussões foram relativas ao preparo do pessoal técnico. Na IV e V Conferências o termo treinamento em serviço é utilizado para definir, especificamente, atualização para trabalhadores de nível médio de formação.

É na VI Conferência, realizada em 1977, que a educação continuada é colocada como movimento para responder à necessidade de atrelar novos conhecimentos à formação inicial da carreira de sanitário. Já na conferência seguinte, em 1980, a educação continuada é relacionada a projetos de extensão de cobertura. Assim são enaltecidas propostas que têm como objetivo implantar programas de integração docente-assistencial (RIBEIRO; MOTTA, 2014).

A necessária articulação da área de recursos humanos com políticas de saúde é destacada na VIII e IX conferências. Assim é que são criadas as conferências específicas para tratar o tema; a primeira delas é de 1986, onde se define educação continuada como “um processo permanente, sistemático, direcionado a clientes institucionais, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários” (BRASIL, 1986). Ainda, afirma que a educação continuada tem origem na necessidade de passar informações de modo contínuo, atualizar e renovar conceitos. Também a educação continuada é elemento para adaptação do profissional e seu conhecimento técnico ao trabalho requerido na instituição, visando o aprimoramento deste último. Ainda naquele momento de reorganização do sistema de saúde, a educação continuada tinha a possibilidade de interferir na graduação universitária.

Os conteúdos indicados, traz o relatório da conferência, envolviam aspectos técnicos, organizacionais e políticos.

Em 1993, a II Conferência de Recursos Humanos propõe que sejam criadas estruturas de desenvolvimento de recursos humanos em secretarias de saúde e a criação e sistematização de educação continuada descentralizada e institucional. A educação continuada aparece como necessidade de desenvolvimento e requer o uso de metodologias educacionais centradas na educação dos trabalhadores em serviço, permitindo assim, a sua qualificação coerente com os postulados do SUS (BRASIL, 1986).

Como se nota, são tentativas e construção coletiva de propostas para a formação continuada de profissionais para atuarem de acordo com os princípios do SUS. Vemos que passados 30 anos já foram desenvolvidos encontros com os trabalhadores e alterações curriculares profundas no intento de alavancar o processo de formação de trabalhadores para a saúde.

A educação no trabalho na área da saúde no texto da Política Nacional de Educação Permanente esta é apontada como elemento que se apoia na ideia de educação que se sobrepõe a oferta de cursos em momentos estanques e desvinculados com os aspectos políticos e necessidades locais de saúde.

Conforme os documentos oficiais:

[...] A Educação Permanente em Saúde (EPS) é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004, p.5).

Nos referidos textos os termos inicialmente discutidos na primeira parte desse ensaio aparece fazendo alusão a uma pratica social que, como apresentado, dá-se ao longo de nossa vida de modo constante. Portanto, o texto da Política vai nutrir-se de elementos presentes nos ideários que serviram para a reforma da política de educação para as nações. E aqui nos posicionamos contrários a essa maneira de consumir conteúdos descontextualizados e produzidos por instancias políticas em momentos de acirramento da crise do modelo econômico mundial.

Acreditamos sim que o país, num contexto global, precisa partir de modelos que instiguem os profissionais a refletir sua realidade política; enquanto sujeitos que têm força social para acreditar e fortalecer o sistema inclusivo de saúde. Também se sentir inserido e responsável nas escolhas, constituindo esse um dos aspectos de sua cidadania.

Ao focalizarmos no texto a educação permanente em saúde, enquanto política guarda um conjunto de significados: 1 O ensino-aprendizagem no trabalho é uma formação necessária para fortalecer e desenvolver os princípios estabelecidos na política nacional de saúde. Nesse aspecto a parceria com o sistema de ensino formal fundamentou profissionais para que fomentassem mudanças no trabalho de saúde na atenção básica. Um percurso para se aprofundar no modelo do SUS, problematizar e encontrar caminhos convergentes com o ideário da reforma; 2 O trabalho em saúde precisa ser executado conforme as necessidades de saúde local. Nessa dimensão a sociedade é chamada a partilhar suas expectativas no desenvolvimento do trabalho. A relação dialógica entre profissionais de saúde, população e gestores nos dá o caminho para essa construção. Assim é que a representatividade nos Conselhos de Saúde abre a perspectiva dessa condição.

Ainda para estabelecer a formação continuada de gestores são estruturadas entidades que viabilizem debates e fortalecimento do conceito de fazer saúde na gestão do SUS. Outros percursos são desenvolvidos nesse intento para fortalecer a participação do povo na estrutura de saúde.

Notamos que na história da educação, ela é vista com toda a potencialidade e, após receber a adjetivação de permanente se tornou elemento poderoso e os sujeitos são responsabilizados por organizarem o trabalho na perspectiva de atender às necessidades de saúde da população, quando pensamos na Política de Educação Permanente.

Essas discussões são apresentadas por Ceccim e Ferla (2008, p. 164) ao colocarem a educação permanente como “prática de ensino-aprendizagem [...] que tem em vista o trabalho”. Para isso, a produção do conhecimento no cotidiano de saúde tem como ponto de partida a realidade vivenciada pelo conjunto de trabalhadores, os quais propõem reorganizações a partir dos problemas vivenciados, com base em suas experiências. Também esses mesmos autores inferem mais característica à essa ação ao definirem a “educação permanente em saúde: o ato de colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas em análise, as articulações formação-atenção-gestão-participação em análise” (CECCIM; FERLA, 2008 p. 165).

Encontramos nessas proposições novamente a responsabilização do trabalhador de avaliar o seu contexto de trabalho, em conjunto com os demais, para pensar e discutir soluções, algo que clama por autonomia e capacidade reflexiva. Isso seria possível a partir das práticas de formação vivenciadas por toda a equipe de trabalho, aqui inclusos os demais trabalhadores além dos profissionais. Encontramos no conjunto de atitudes políticas tomadas em âmbito nacional o apoio à instalação e efetivação do modelo de educação na descentralizado.

A política, ao mesmo tempo que trata todos os profissionais como iguais nas responsabilidades para trazer respostas e avaliação do ambiente e população quanto às necessidades de saúde, conferindo-lhes autonomia, deixa clara a concepção pedagógica problematizadora na qual se assenta. Assim, a Política de Educação Permanente vem instituir oficialmente a formação continuada de profissionais de saúde pautada nos moldes do sistema único de saúde.

O ensino-aprendizagem requer uma concepção de educação, de ensino- aprendizagem e dos sujeitos que ensinam e que aprendem. A educação, pelo que aborda o texto da política, tem em seu arcabouço a ideia de formar sujeitos ativos para a construção do sistema de saúde nas vertentes da universalidade, equidade e integralidade. O ensino-aprendizagem é um processo que acontece nas relações profissionais cotidianas dos trabalhadores da saúde. Por sua vez, os sujeitos que aprendem e que ensinam estabelecem parcerias e dialogam na condição de cidadãos autônomos.

São estabelecidas trocas para definir os caminhos mais adequados para a resolução dos problemas percebidos no trabalho, portanto, não originada de manuais e receituários prontos. A pedagogia que acompanha a educação no trabalho aponta para o ensino que se distancia do tradicional; na qual inexistente a superioridade daquele que ensina na relação ensino-aprendizagem e também de aprendizagem significativa. Esta é fundamentada nas experiências pessoais de quem aprende e tem desejo de aprender mais. O ensinante, por não saber tudo, aprende junto a partir das relações desenvolvidas.

Concordamos com a ideia de Ceccim e Ferla (2008) na formação no cotidiano de trabalho e no desenvolvimento continuado de trabalhadores que se articula com a formação para o exercício profissional. Enquanto política de educação na saúde envolve a contribuição do ensino na construção do SUS.

Certamente a formação nos círculos acadêmicos precisa de núcleos orientadores e estes, lembramos, claramente definidos, sem o sombreamento dos contextos de políticas e ideologias de mercado. Que instiguem



debates e discussões sobre a própria postura política de cada um ao pensar o modelo de saúde solidário e coletivo em que está assentada política nacional de saúde.

Nesse aspecto é importante que instituições formadoras articulem ensino, trabalho e cidadania, reorganizando os currículos, vinculando formação, gestão, participação social e atenção à saúde. Portanto, tornar a rede SUS um espaço de educação profissional com bases loco regionais. Para tanto é necessário ter unidades políticas de ensino-serviço com formulação de estratégias de ensino e gestão setorial, organização da atenção em linhas de cuidado, fortalecimento do controle social e investimento em intersetorialidade. Com relação à formulação, avaliação de atividades e implementação, o eixo deve ser a “integralidade e implicação com os usuários”, orientam os autores (CECCIM; FERLA, 2008, p. 164).

As instituições de ensino vêm se instadas a ensinar o modelo de saúde vigente, no qual não restam dúvidas, atende às necessidades da população parcialmente e deve ser partilhado pela via curricular. Nesse contexto questionamos a apropriação de conteúdos do campo educativo sem a leitura de seus contextos de produção, como a educação permanente. Entendemos que essa postura levou estudos a ter como problema de pesquisa a diferença entre os termos continuada e permanente, como mostrado anteriormente nesse ensaio e reforçado pelo que trazem Miccas e Batista (2014) em estudo de metanálise de artigos que trataram da temática no período de 2000 a 2011. Alguns deles sem trazer o aprofundamento em conteúdos do campo de ensino; o que de fato importa é que temos uma política que organiza e orienta a profissionalização e formação em serviço dos profissionais de saúde orientado pelo modelo advindo da Reforma Sanitária.

Como política é uma estratégia do SUS para formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a saúde. Uma política educativa, já que orienta a formação e desenvolvimento, ela e expressa uma opção político-pedagógica, isto é, as concepções de conhecimento e educação que se tem, são fundamentais para entender o projeto de homem e de sociedade que daí emana.

Como profissionalização ela orienta a educação formal sobre saberes a serem desenvolvidos para o agir e pensar o sistema único de saúde que ouve e compreende demandas dos usuários, dos serviços e dos profissionais. Notamos que atender tais solicitações evoca muito mais que o fazer técnico e científico; é ouvir pessoas em seu cotidiano de vida. Nessa perspectiva e tomando por princípio a sequência dessa

formação, o trabalho dá continuidade a educação pelas vias próprias: ensino no trabalho, para o trabalho.

Ainda nessa perspectiva a política dissemina princípios freireanos de educação para constituir o sentimento de envolvimento e pertença dos profissionais e gestores aos locais de cuidado em saúde. No *modus operandi* para tal propósito inclui-se quebrar hierarquias e levar cada um a sentir-se integrante e responsável nas demandas da população, o que advoga a solidariedade e a compreensão do quanto podemos problematizar as amarras de coletivos profissionais em cada serviço.

Pensamos que as discussões que devemos trazer é como esta política vem sendo implantada; porque são reduzidos os recursos financeiros para sua concretização? Como utilizar as práticas educativas que levem o profissional a sentir-se encorajado, no sentido de ter vontade de participar e no sentido de dizer do seu fazer? Como congrega gestores e equipes de saúde nessa mesma perspectiva?

Acreditamos também que é preciso olhar quem financiará estas escolhas no intuito de que a participação seja das três esferas evitando que a descentralização das ações educativas, feitas a partir dos gabinetes, não implique isenção e desoneração de responsabilidades de estados e da União.

Voltando a proposição dos autores, os temas para a educação no trabalho derivam da necessidade, seja ela pessoal ou coletiva e ou ainda institucional, e surgem a partir de certo estranhamento com a realidade ao refletir sobre o que falta para a integralidade e implicação dos usuários, alegam Ceccim e Ferla, (2008).

Aqui notamos outro desafio: analisar junto com o usuário os serviços para focalizar o que falta para a integralidade. O diálogo com as representações locais e regionais de saúde parece ser norteador da prática de ouvir as necessidades dos usuários. Nos perguntamos o que preenche o imaginário da sociedade sobre o significado do atendimento na integralidade.

Esta é voltada para as necessidades de saúde do usuário. Cecílio e Merhy (2003) refletindo a respeito do espaço hospitalar como *locus* para a integralidade em saúde afirmam ser esta possível apenas na articulação dos serviços em rede. Assim a solidariedade sustentada entre os diferentes serviços de atenção à saúde é mobilizada para dar prosseguimento ao atendimento das necessidades de saúde do cidadão. Na avaliação dessas necessidades destacamos também a participação dos trabalhadores, gestores e usuários dialogando e construindo saúde.

No estudo de Vieira (2013), a estudiosa relata que Furter, o responsável pelo uso e disseminação do termo educação permanente nos

anos 1960 e também representante da UNESCO no Brasil, a concebia como resposta ao fato de que o homem como um ser inacabado, necessita de um processo educativo contínuo que finda com a morte, ou seja, critica a autora, as decisões sobre a educação seriam tomadas com base na biologia e psicologia. Analisando as obras desse autor Paiva (2013) encontra que a educação permanente era

[...] uma concepção dialética da educação, num duplo processo de aprofundamento tanto da experiência pessoal quanto da vida social global, que se traduz pela participação efetiva, ativa e responsável de cada sujeito envolvido, qualquer que seja a etapa da existência que ele esteja vivendo [...] (p. 89).

A necessidade de educação permanente nos países subdesenvolvidos estava ligada com a economia, com as tecnologias e prepararia o homem como produtor- consumidor o qual responderia a tais requisitos com polivalência. Alerta a autora que os textos e conceitos são tão vagos que servem a qualquer sociedade, em qualquer país e mais, qualquer economia e organização política.

Ainda comentando as publicações de 1974 de Furter, Paiva (2013) diz que esse relaciona a educação permanente e a cultura, tratando do aspecto filosófico. Portanto, ligada com o desenvolvimento econômico, social e cultural. Assim a educação permanente “é a aprendizagem contínua de um estilo de vida adequado a uma sociedade que se considera, ela também, em permanente transformação e em constante desenvolvimento” (p.93).

Tais colocações foram necessárias à época, pois, segundo Paiva (2013), as condições econômicas e sociais assim requeriam: uma das condições era a democracia, que implicava o voto, entretanto havia muitos adultos analfabetos na América Latina, o que seria resolvido com o planejamento de educação para adultos.

Ambos os conceitos, educação permanente e continuada são também discutidos por Vieira (2013) para quem a primeira é própria da educação do século XXI tendo em vista que tem o trabalho na articulação com o ensino como uma das premissas. As afirmações para tal perspectiva se centram na reestruturação produtiva do capital e na globalização. Sobre a educação para este século a Comissão Internacional de Educação da UNESCO já, em 1996 traz essa mesma perspectiva, colocando a necessidade da educação ao longo da vida.

Mehry, Feuwerker e Ceccim (2006) apresentam como elementos que diferenciam as práticas de educação continuada e permanente tomados a partir de seu pressuposto pedagógico, objetivos, público, planejamento da ação educativa, atividades didático pedagógicas e repercussões educativas.

Ao pensar nas colocações anteriores, fica claro que na opção pelo discurso da educação permanente, os organismos internacionais aproximam a ideia de educação centrada no trabalho. Parece uma ideologia que, na crítica de Paiva (2013) responsabiliza a educação como fator de mudança para todos os problemas postos na sociedade. Na perspectiva brasileira, tendo em vista o contexto e discussões que culminaram na reforma da saúde, acreditamos que o trabalho é elemento para construir e ensinar na prática cotidiana dos serviços como dimensionar a saúde integral para a população.

Destacamos que ao integrar no ensino formal o funcionamento e características do modelo de atenção único de saúde orientando a revisão de dispositivos curriculares, a política de saúde tem a perspectiva de valorização dos conteúdos formativos na instancia escolar e, portanto, sem a ideologia de desvalorização do ensino acadêmico e da formação que se dá apenas pelo trabalho.

Por outro lado, a necessidade de uma política de recursos humanos em saúde vem sendo debatida desde a terceira Conferência Nacional de Saúde (1967), que não encontrou campo para se desenvolver no Brasil. Atualmente retomada, merece ter leitura do seu aspecto ideológico enquanto atividade de educação e também merece destaque a discussão da dimensão política dessa opção para o SUS. Acreditamos que os conceitos de educação permanente trazem uma ideologia que precisa ser debatida. A que e a quem serve a Educação Permanente atual?

Merhy, Feuwerker e Ceccim (2006) discutem as bases conceituais que levaram a adoção de educação permanente em saúde. Uma delas é a criação de práticas inovadoras de gestão e aproximação do Sistema Único de Saúde com a finalidade de atendimento integral e com qualidade à população.

De acordo com esses autores, o trabalho produzido em saúde envolve certa autonomia do profissional de saúde, constituindo suas práticas privadas em espaços institucionalizados com suas regras. Devido a esses aspectos, relembram a necessidade de criação de políticas, pelos gestores, e nossa responsabilidade como trabalhadores e usuários nessa construção.

A política como um direcionamento na gestão de pessoas e formação no serviço orienta para gestão participativa e horizontalização

das relações profissionais. Igualmente, está afirmando que o contato humano de qualidade com aproximação ao sistema único de saúde se dá por meio dela. Articula gestão diferenciada de pessoas ao responsabilizá-las por igual no atendimento aos usuários dos serviços no enfrentamento de suas necessidades. E o que é necessário para essa atuação?

Dimensionando as modalidades tecnológicas utilizadas no cuidado em saúde. São as tecnologias leves, duras-leves e as duras. As tecnologias duras se relacionam com atividades que têm por fim realizar técnicas e procedimentos com equipamentos, maquinário e materiais o mais modernos possível. As duras-leves são os conhecimentos estruturados, por exemplo, para dar conta da clínica. Por sua vez as tecnologias leves são as relacionais e envolvem o diálogo, a escuta. O espaço de desenvolvimento do trabalho na produção da saúde envolve basicamente tecnologias leves, isto é, relacionais, e isso parece ser o elemento que precisa ser centralmente pensado (MERHY; FEUWERKER; CECCIM 2006).

Por autonomia, Cecílio (1999) entende a aptidão dos indivíduos para se dispor, em situações de trabalho, para focalizar/determinar a natureza dos problemas que lidam no dia a dia e para saberem resolvê-los.

Chama a atenção que, nos espaços de saúde, o trabalhador passou por formação inicial nos ambientes socialmente construídos para eles, logo, dificilmente desenvolveram essa autonomia de que fala o autor. Por outro lado, sem nenhuma instrumentalização, isto é, condições objetivas, dele é requisitado um papel proativo em serviço. Embora contraditório é um elemento importante para produzir mudanças na formação inicial.

Um ponto que provoca essa autonomia é a valorização do profissional colocando sua percepção sobre situações consideradas problemáticas para o alcance da integralidade no cuidado à saúde da população regional. Seria interessante buscar como isso tem se concretizado.

Como dito anteriormente, a mídia televisiva traz a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde em muitos campos de trabalho; em outros a falta de profissionais devido ao número inadequado em relação às necessidades da população. Na mídia especializada o tema tem sido estudado com vistas a dar respostas a essas críticas apontando resultados de ações e programas desenvolvidos para manter o profissional de saúde atualizado. O que parece insuficiente, pois a mídia geral destaca dificuldades e problemas no sistema público de saúde e ao mesmo tempo noticia grandes instituições privadas se destacando com tecnociência de ponta.

Claro está que se trata de uma tensão entre público e privado e o que é complementar no sistema de saúde é destacado como a grande solução. Enfrentando parte desses problemas necessidade de implantação de uma política tratando dos recursos humanos em saúde é apresentada como importante fator viabilizador de melhores condições de trabalho, segundo os textos institucionais.

No Brasil, entendemos que os trabalhadores de saúde, especificamente os profissionais, estão sendo foco de discursos que enaltecem a possibilidade de criatividade, autonomia, o desejo de pertencer à equipe e nela se desenvolver a ponto de refletir sobre os problemas no cotidiano do serviço com vistas a sua resolução. Merece destaque o desejo de reorganizar a formação inicial e continuada dos profissionais de saúde se articulando com as necessidades locais e gerais de saúde das populações e estabelecendo conexão com a política nacional (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006).

Entendemos ser uma oportunidade para trabalhar conteúdos das relações humanas e da valorização do trabalhador estimulando a autonomia e o inter-relacionamento parece também absoluta a necessidade de incluir o usuário. Nesse sentido, entendemos a educação permanente como as colocações debatidas nas Conferências de Recursos Humanos, a partir de 1986. Assim, o profissional de saúde para o SUS necessita fazer frente ao ensino de conteúdo externo e valorizar a experiência e sua construção profissional com os demais trabalhadores no cotidiano e suas relações. Seguramente isso não implica aprisionar-se e limitar-se aos conteúdos práticos do exercício profissional cotidiano, e sim ter como horizonte os princípios do sistema de saúde na atenção aos usuários.

Concordamos que nos espaços de trabalho surgirão questões próprias de necessidades dos trabalhadores, dos usuários e dos gestores. Para além disso, sabemos que cada qual tem diferentes atribuições e a hierarquização ainda será desafio para aqueles que exercem chefias. Isso demanda estilos de liderança já que a política de educação permanente não desloca esses poderes.

Para isso, instrumentos políticos direcionam a reorganização da estrutura de serviços no intuito de instalar a horizontalidade nas relações entre trabalhadores e gestores, gestores e população, trabalhadores e população. Entretanto, a prática na vida concreta nos mostra ainda a hierárquica condição entre chefes e subalternos.

Mais ainda, concordamos que essa aprendizagem não fique limitada a essa esfera, como nos apresenta Alves (2010), pois o que estamos tratando aqui é do projeto de sociedade desejada. É importante

lembrar que estamos constantemente nos educando. Como discurso não é necessário criar nomenclaturas para a educação, resta trabalhar com o seu constructo político.

Finalmente pensemos no trabalho como princípio educativo na formação continuada de profissionais de saúde com o caráter do cuidado humanístico, com práticas que possibilitem que sejam pró-ativos na mudança de seus ambientes. Pensemos na educação como princípio de outras práticas de trabalho.

Na sequência apresentamos reflexões sobre a política de gestão e formação dos profissionais de saúde.

#### 4.1.4 A política de gestão e reorganização da formação de profissionais de saúde e suas conquistas

Na reunião de Alma-Ata, a mudança na organização dos serviços é um requisito para pensar a saúde das populações. Especial recomendação é dada para a atenção primária, investindo recursos e estabelecendo cooperação técnica entre as nações para a manutenção do projeto de mudança. O estímulo à promoção da saúde pelos sistemas de saúde e sua responsabilização na manutenção de serviços clínicos e de urgências bem como a reorganização dos serviços de saúde está presente na Carta de Ottawa (1986). Nesta há cinco eixos principais para atuação: políticas públicas saudáveis, ação comunitária, ambientes favoráveis à saúde, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (WHO, 1979; BRASIL, 2002; OMS, 2006).

A promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar sobre a sua qualidade de vida e saúde tendo, inclusive, maior participação no controle dele. A saúde é considerada um recurso para viver. Tendo como foco a reorganização dos serviços de saúde nos perguntamos: o hospital no SUS pode ser promotor de saúde? A política de recursos humanos para os trabalhadores do SUS pode iniciar esse processo?

Pensamos que nessa temática é importante dimensionar que o hospital, enquanto lugar de ensino para novos profissionais de saúde, ao promover saúde tem o potencial de, por meio das práticas aí exercidas no trabalho, ensinar esse outro elemento do cuidado. Também na Carta de Ottawa existe forte recomendação quanto a formação de profissionais de saúde cujo foco seja *pari passu* com a política.

Sobre essa temática Campos, Aguiar e Belisário (2012) em estudo sobre a formação superior dos profissionais de saúde afirmam que, frente a industrialização da saúde, com consequente inflação médica,

além de enfrentarmos o esgotamento do modelo de ensino na área, encontramos problemas na resolubilidade. Esta decresce, embora o setor seja progressivamente mais caro. Como resposta é requerida a mudança do modelo de saúde, que permita maior resolubilidade de modo integral. É nesse sentido que é importante rever os conceitos de saúde e também reestruturação das organizações de saúde.

Com essa indicação, a promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação se tornam o foco dos cuidados, no lugar da cura do modelo vigente. Os mesmos autores destacam que essa proposta já vinha se moldando desde 1970, com a Conferência de Alma-Ata, no Cazaquistão. No intento de alcançar esse objetivo é que as nações são instadas a organizar a formação de seus profissionais para darem conta daquilo que foi proposto na reforma de seus sistemas de saúde (BRASIL, 2002; CAMPOS, AGUIAR, BELISÁRIO, 2012).

No Brasil, a política para organização dos recursos humanos nesse âmbito é publicizada mais de 20 anos depois da constituição, na qual a reforma do sistema de saúde é presente. A importância na formação de trabalhadores para o sistema de saúde com foco na atenção básica encontrou o desafio de lidar com profissionais cujos currículos de formação se adequavam a continuidade do modelo biomédico; pessoas com alta formação para ingressar em postos de trabalho no modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2004; FERNANDES, 2008; SANTOS, ANDRADE, 2012).

Um dos objetivos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é normalizar a formação dos profissionais de saúde trabalhadores do SUS. Entendemos que essa política vem concretizar o que a Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde vêm conduzindo como processo para enfrentamento das condições de crescimento da população, aumento da longevidade, as iniquidades no acesso ao sistema de saúde e desigualdades sociais com a abertura dos países ao processo global e assim evitar que doenças dos países marginais cheguem àqueles centrais.

Dessa forma, organismos como o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial financiam ações para o andamento de projetos que tenham como finalidade mudar esse cenário. Essa condição no Brasil é desenvolvida com o Programa de Profissionalização em Enfermagem (PROFAE) e a instalação de Polos de Educação Permanente, entre outros (DAVINI; NERVI; ROSCHKE, 2002)

A formação no trabalho já foi argumento utilizado no Brasil para mostrar que se podia contrapor um ensino meramente acadêmico, ao mesmo tempo reduzir o número de instituições públicas educacionais,



no âmbito da graduação, para que o sujeito se formasse no próprio campo de trabalho. Na educação de adultos, o trabalho como princípio educativo mostra as características assumidas pelos textos presentes na PNEPS, considerando-os sujeitos com um saber constituído e para os quais as ações educativas devem ter sentido (RIBEIRO, 2009).

Mas afinal o que é essa educação permanente?

Ceccim (2005) apresenta que o conceito educação permanente foi tomado para dimensionar a intimidade de quatro elementos: gestão, participação, atenção e formação promovidas pela educação na saúde. Como menciona o autor, buscar a ideia construtivista para concretizar a rede de ensino-aprendizagem no ambiente de trabalho. Para isso, como política pública, inicia em 2003 pelo Ministério da Saúde, como política de educação na saúde, superando o que antes era apresentado como capacitação e atualização de recursos humanos.

Entretanto, já em 1995 se mostrava imperiosa a reforma do modelo de ensino já que a

[...] incorporación del proyecto de EPS dentro de la vida cotidiana de los servicios es condición necesaria, pero no suficiente para el avance hacia un nuevo modelo formativo. Dicho de otro modo, podemos "engazar" la educación a los servicios y, sin embargo, desarrollar procesos de enseñanza contradictorios con los objetivos que se desean alcanzar.[...] (DAVINI, 1995, p. 29).

Como nos coloca a autora, realizar modificações no ambiente de trabalho, referente a produção dele requer simultaneidade com mudança na formação inicial e continuada dos profissionais de saúde. Mais além de ocorrer em conjunto, deve ter as mesmas diretrizes.

Mais ainda, precisamos de uma educação contínua no trabalho. Sobre isso, encontramos em Ceccim que a condição para pensar e desenvolver a educação permanente em saúde é o quadrilátero da formação. Esse é composto pelos seguintes elementos: a formação precisa ser oposta a concepção hoje vivenciada; as práticas de atenção no âmbito da saúde devem envolver os usuários no desenvolvimento do projeto terapêutico, bem como ter o foco na integralidade; os serviços devem ser organizados em rede atendendo a satisfação e acessibilidade dos usuários, em termos de gestão setorial; análise da rede social no sentido de promover a cidadania (CECCIM, 2005; FERNANDES, 2008).

Esse mesmo autor coloca que a PNEPS tem como fim a melhoria da qualidade do trabalho. A articulação de gestão, atenção e formação são importantes elementos para dimensionar na educação permanente essa intimidade.

De fato, essa afirmação vem ecoando de documentos da OMS e da OPAS como condições balizadoras para o desenvolvimento de educação de adultos no trabalho e que a política se apresenta como elemento para orientação. Refletimos que a política de educação permanente focalizada nas quatro áreas tem certo potencial para alcance de mudanças positivas no trabalho. Entretanto, como a educação produziria e sustentaria tais mudanças necessárias no campo da formação? Quais os limites do trabalho como princípio educativo?

A formação de profissionais de saúde como preocupação não é recente. Destaca Giovanella (2012) que no contexto mundial pós-segunda Grande Guerra, na busca de reorganização, são criadas entidades cujo objetivo seria observar e propor medidas para garantir governabilidade das nações. Para isso, é ímpar atender às necessidades de saúde das populações nos seus diferentes contextos. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS), órgão ligado a Organização das Nações Unidas (ONU) passa a propor diretrizes para a atenção às necessidades da população, especialmente no campo sanitário.

Uma das recomendações é o ajuste da formação dos profissionais de saúde para atender às demandas que a reorganização dos sistemas de saúde requeria, sendo então iniciados os debates a esse respeito. Este é um dos elementos no planejamento da atenção à saúde com centralidade nas mudanças de modelos de atenção (GIOVANELLA, 2012).

A OPAS, em seu relatório datado de 1973, já apresentava estudos nos quais ficava marcada a necessidade de modificações na formação de recursos humanos que saiam com características inadequadas às realidades encontradas nos serviços, especialmente na atenção primária e na cobertura (PAIVA, 2004). Nessa perspectiva, a educação permanente era tida como possibilidade de articular as mudanças no campo da formação inicial dos profissionais da saúde com vistas ao atendimento das demandas por saúde nas diferentes populações.

Para isso, necessário também seria mudar o modelo de ensino formal vigente. O entendimento de educação na perspectiva freireana seria o ideal, pois o modelo de ensino formal não dava conta dos aspectos advindos das mudanças mundiais, como afirma Davini, na década de 1995.

As lutas de profissionais e entidades que pensavam a saúde pública se fortaleceram ao longo da história e foi a promulgação da Consti-

tuição de 1988, que declarou em seus artigos 196 a 200 a referência ao papel do Estado com relação à saúde dos cidadãos, colocando-a como um direito de todos e dever do Estado (GIOVANELLA, 2012).

As conquistas das décadas de 1980 e 1990 encontram suas bases num momento de abertura política do país, um panorama propício para que o ideário de participação ocupasse lugar de destaque. A promulgação da Lei 8.080 de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) fortaleceu e orientou a organização do sistema de saúde brasileiro regido por princípios de descentralização, integralidade e universalidade. Com isso, se exprime para o cidadão o conceito de saúde aceito pela sociedade e assim, que todos nós temos garantias afirmadas pelo Estado sobre o direito à saúde enquanto política pública. A sociedade reconhece a saúde como um bem coletivo (SARRETA, 2009; GIOVANELLA 2012).

Dessa forma, a orientação da OPAS, presente no ideário da Reforma Sanitária brasileira, aponta um direcionamento para organizar a formação dos trabalhadores de saúde. Vale destacar que cabe ao SUS como modelo de atenção, a ordenação da formação em saúde e que a LOS, na qual estão afirmadas as comissões intersetoriais sejam responsabilizadas por essa ordenação articulando políticas e programas para a formação no campo da saúde. Ainda nessa perspectiva, Comissões Permanentes de articulação Ensino e Serviços de Saúde. Cabe a essas comissões permanentes apresentar sugestões de prioridades e estratégias para a formação continuada de profissionais de saúde para o SUS. Outra proposição se refere à cooperação técnica entre as instituições na produção de pesquisas (DAVINI; NERVI; ROSCHKE, 2002; SANTA CATARINA, 2010).

Ainda conforme a LOS, a política de recursos humanos deverá ser articulada e formalizada nas três esferas de governo e envolver todos os níveis de ensino, propondo, inclusive, práticas de aperfeiçoamento de pessoal. É em 2004 que a educação permanente torna-se uma estratégia do Estado para ordenar a formação profissional com vistas ao atendimento de tais demandas da sociedade, via Portaria 198, gestada no ano anterior, lançando a Política de Educação Permanente (BRASIL, 1990; GOMES. BARBOSA; FERLA 2016).

No intuito de trazer mudança nos fluxos até então elaborados com o projeto de ordenação dos recursos humanos da saúde, em 2006 foi lançado o Pacto pela Saúde, constituído de três outros pactos (BRASIL, 2006; GOMES. BARBOSA; FERLA 2016). Um deles é o Pacto de Gestão e este traz diretrizes que apontam as responsabilidades sanitárias municipal, federal e estadual no Termo de Compromisso de Gestão da Saúde. Articulando essa prática, a Política de Educação Permanente

vem firmar o compromisso do SUS, ordenador da formação dos recursos humanos, que foi tema de debates nas I e II Conferências de Recursos Humanos de 1977 e 1993.

Dessa forma a Portaria 1.996/GMMS, 2007 traz diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Nela podemos perceber que a Educação na Saúde é um dos eixos norteadores do fortalecimento das conquistas sociais e segue como possibilidade para a organização da formação dos profissionais de saúde com vistas à concretização dos dispositivos da política de saúde (BRASIL, 2007; RIBEIRO, MOTTA, 2014).

Notamos como ideia presente o da educação como elemento de interseção na resolução de problemas de saúde envolvendo acesso, integralidade e resolubilidade do atendimento. A maneira pela qual essa contribuição se consolida passa pelo campo da formação profissional, seja inicial ou depois dela, com dirigentes e estudantes envolvidos com a proposta de implantação e fortalecimento do SUS. Para isso revisões curriculares para as 14 profissões da saúde são imprescindíveis. Órgãos ligados ao Ministério da Saúde e entidades com representatividade profissional partilharam da construção de documentos norteadores do ensino centrado na política integrada e universalizada de saúde (SARRETA, 2009).

Um dos enfrentamentos na mudança de perspectiva de atendimento às necessidades de saúde da população com a modificação do sistema é a formação dos profissionais. Considerando que um sistema de saúde universal deve-se atingir minimamente 80% dos problemas de saúde da população na atenção básica. Nesse sentido existe dificuldade no modelo de educação nacional por ser centrado no hospital, configurando, portanto um contexto pouco envolvido com a promoção da saúde. Dessa feita, a atenção básica tem sido o carro chefe da atenção à saúde como saída ao modelo, focalizando processos de prevenção de doenças e promoção da saúde (SARRETA, 2009).

Nessa conjuntura, a formação dos trabalhadores necessariamente envolve a criação de vínculos com a população e isso demanda certo perfil. Tendo em vista os diversos acordos e diretrizes de entidades que propõem se debruçar sobre os problemas de iniquidades e diminuição da pobreza no mundo, a OMS apontou a atenção básica como fomentadora de processos de mudança no perfil das sociedades, (OPAS, 2002).

No Brasil as iniciativas para fortalecimento desse modelo se deram, principalmente com a criação e ampliação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), no campo assistencial e de apoio;

na formação continuada foram criados mecanismos para potencializar a aproximação dos profissionais em formação inicial com aqueles já em serviço (CAMPOS, 2007).

No âmbito da formação inicial várias iniciativas foram feitas no sentido de concentrar o desenvolvimento do conhecimento do SUS por meio das reformas nas diretrizes curriculares dos cursos de saúde nos anos de 2007 e 2008. Especialmente foram apresentadas propostas relacionadas com o ensino da graduação como o PET-SAÚDE, Pró-SAÚDE e a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS); No ensino médio a federação tem articulação com Escolas de Saúde. Na pós-graduação são destacadas as residências médicas e multiprofissionais (HADDAD; BRENELLI; CURY 2012).

Em busca da aproximação das práticas do mundo do trabalho com o da formação, a educação ganha força já que possibilita conhecimento ao identificar as necessidades e a busca de soluções, partindo do saber real do trabalhador de saúde (LOPES et al, 2007). Pensar a formação de profissionais fundamentada no modelo que inspira o protagonismo de quem cuida e quem é cuidado tira da centralidade o poder de um gestor de saúde de tomar decisões educativas distantes das necessidades dos trabalhadores, o que certamente converge na educação de adultos.

Vemos que essa prática fortalece e clama pela participação desses sujeitos nos espaços decisórios, principalmente considerando o usuário do sistema de saúde. Como fomentador desse movimento, a educação no trabalho é um dos elementos que viabiliza pensar a respeito do trabalho dentro das organizações de saúde. Para além de focalizar aspectos técnicos procedimentais e atualizações científicas, a discussão em grupo sobre o que falta no serviço realizado no local que dê conta da integralidade com vistas a soluções se torna imperativo. Essa ideia coaduna-se com o fazer o exercício de uma prática em permanente processo de ensinar e aprender no próprio trabalho. A essa dinâmica conjuga-se a descentralização dos processos de ensino nas instituições de saúde de um setor específico.

Cada grupo de trabalho, liderado por todo sujeito que encontra um problema, procurando a melhor solução no que falta para a integralidade na atenção à saúde do usuário. Temas gerais, informativos e de interesse para todos permaneceriam arregimentados por um setor específico, o qual também daria suporte para atividades desenvolvidas nas diferentes unidades de trabalho.

Verificamos que um dos argumentos para justificar a mudança na prática educacional é mostrar a defasagem existente entre o real e o ensinado durante a formação dos profissionais, o que endereça para a

educação no trabalho. Na saúde, quando se pensa no sistema único, essa defasagem se encontra na organização curricular centrada na doença, no indivíduo e no hospital, como dito anteriormente. Além do mais, o modelo de atenção à saúde tem se mostrado oneroso e de baixa resolubilidade; sendo ocupado por outro sistema requer seu ensino e disseminação. Com vistas a alcançar esse novo modelo. Nesse sentido, o ensino também deve partilhar essa escolha e formar profissionais com esse novo perfil.

Dessa forma, os profissionais de saúde da atenção básica têm sido alvo das práticas de educação permanente desde 2004, quando se deflagraram a constituição dos Polos de Educação Permanente.

Ao longo desses vinte anos muitos profissionais realizaram cursos de curta, média e longa duração no intuito de conhecer o SUS e a atenção com a saúde dos usuários em um território legitimado pela ESF e NASF. Mas quais são os resultados obtidos a partir do desenvolvimento dessas atividades? Como avaliar essa informação?

Sobre esse assunto Lino, Backes, Ferraz et al (2009) destacam a inexistência de sistema formal de avaliação das atividades educativas no trabalho ou mesmo modificação nos envolvidos no processo ensino-aprendizagem. O que condiz com a situação apresentada pelas autoras de falta de planejamento e de priorização dos processos educativos institucionais. Também destacam que o resultado para os trabalhadores ainda é apontado sob o ponto de vista das chefias, como satisfação no desempenho de atividades. O trabalho vai ao que anteriormente mencionamos a respeito dos gestores e suas tomadas de decisão quanto à educação no trabalho e avaliação.

Sobre o alcance da educação como princípio educativo é importante lembrar que este já foi argumento para justificar a politécnica do trabalhador e justificativa de empregabilidade. Sem dúvidas a educação é elemento importante para o enfrentamento de mudanças nos processos sociais e não pode ser compreendida apenas na perspectiva instrumentalizadora, como nos alertam Ciavatta, 2008; Frigotto, Ciavatta, Ramos, 2012. Esta condição limita os trabalhadores na compreensão e construção de seu processo participativo e crítico no mundo em sociedade.

#### 4.1.4.1 Educação Permanente em Santa Catarina

As estruturas colegiadas da Política de Educação Permanente em Santa Catarina estão organizadas segundo as diretrizes nacionais; conforme a Portaria 1.996/GMMS, 2007 das diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Os Colegiados

Regionais com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) são os condutores regionais.

Os primeiros são responsáveis pela elaboração de um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os planos municipal e estadual na região, tendo como instância intersetorial e interinstitucional a CIES, a qual participa da formulação, condução e desenvolvimento da política. Os gestores municipais de saúde do montante de municípios que compõem a região de saúde e os representantes do gestor estadual atuam nos colegiados de gestão solidária e cooperativa (SANTA CATARINA, 2010).

Vemos que os princípios de solidariedade são invocados para afinar as decisões loco regionais dos gestores, tal qual o dimensionado para o trabalho nas unidades de saúde, sendo os trabalhadores protagonistas com o gestor e a população. Notamos a articulação na orientação de ações entre gestores seguindo os mesmos princípios a serem desenvolvidos com os profissionais de saúde com vínculos institucionais para a educação no trabalho.

A definição de prioridades, a responsabilidade de cada um dos entes e apoio ao planejamento local, seguindo as determinações assumidas no Termo de Compromissos e Planos de Saúde, também é responsabilidade do Colegiado de Gestão Regional dos representantes locais, conforme indica a secretaria de estado. Sobre o planejamento, essa entidade também deve estabelecer coletivamente o Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, tendo por base as diretrizes nuanças três esferas da área sob sua responsabilidade, os termos assumidos no Termo de Compromisso de Gestão dos entes participantes, da Pactuação na Comissão Intergestora Bipartite e ainda das necessidades locais de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde.

O Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde, depois de elaborado, deve ser aprovado pela Comissão Intergestora Bipartite para homologação. Sobre a gestão dos recursos financeiros, no âmbito regional, deverá ser pactuada e a realização pode ser definida pelo Estado, Distrito Federal ou ainda municípios da área. Estão instaladas regiões de saúde para organizar a rede de atenção com os princípios de cooperação entre os municípios bem como hospitais de referência.

A rede de atenção à saúde (RAS) corresponde a organização das ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas que se integram via sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado. A base é a atenção primária, os ambulatórios e os hospitais são pontos secundário e terciário de atenção à saúde. Fazendo parte dessa rede há um processo comunicativo entre as institui-

ções participantes (MENDES, 2011). Estes últimos em Santa Catarina estão listados conforme as macrorregiões.

**Tabela 1-** Número total de hospitais por porte em cada macrorregião do Estado de SC

Macrorregião	Porte hospitalar				Total
	I	II	III	IV	
Extremo Oeste	38	-	1	1	40
Meio Oeste	34	3	1	-	38
Planalto Serrano	11	1	2	-	14
Vale do Itajaí	24	1	2	1	28
Foz do Rio Itajaí	5	2	-	1	8
Planalto Norte	10	3	-	-	13
Nordeste	3	1	2	2	8
Grande Florianópolis	11	8	4	3	26
Sul	23	2	-	2	27
Total	159	21	12	10	202

Fonte: Santa Catarina, 2010, p. 36.

Visando classificar os serviços de alta complexidade que são desenvolvidos nos hospitais o órgão gestor estabeleceu critérios para determinar o porte hospitalar. Conforme dispositivo do Ministério da Saúde os hospitais são classificados conforme o número de total de leitos; número de leitos destinados para a internação em Unidade de Terapia Intensiva; tipo de UTI; quantitativo de serviços de alta complexidade como assistência cardiovascular, tratamento de lesões lábio palatais e implante coclear, cirurgias de transplante e bariátricas, tratamento cirúrgico de epilepsia, assistência a pacientes com queimaduras e oncologia.

Outro elemento de avaliação é a oferta de serviço de pronto atendimento cujo funcionamento seja ininterrupto por 24 horas mantendo equipe de urgências e emergências em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ortopedia e anestesia. Também a existência de serviço de atendimento de gestação de alto risco e o quantitativo de salas cirúrgicas (BRASIL, 2002c).

Para esses sete critérios de análise são estabelecidos valores de um a quatro, conforme os números crescentes de serviços e componentes dos hospitais registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Conforme o documento (Brasil, 2002c) aqueles de porte I atingiram de um a cinco pontos; porte II de seis a 12 pontos; porte III de 13 a 19 pontos e porte IV de 20 a 27 pontos.

Verificamos na tabela 1 que na região de Santa Catarina predominam hospitais cujo número de leitos para internação e a oferta de



assistência altamente especializada é baixa. O quantitativo de hospitais reduz em 75% conforme aumenta a classificação do porte de serviços oferecidos. As macrorregiões do Vale do Itajaí, Nordeste e Grande Florianópolis possuem hospitais nos quatro portes sendo a maior concentração nessa última.

Segundo o planejamento da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, as 14 instituições públicas estaduais estão diretamente subordinadas a ela e seguem o as disposições de seu regimento. Dessa forma a educação no trabalho em saúde compete à gerência de desenvolvimento da rede hospitalar, subordinada a superintendência de hospitais públicos estaduais, cabendo-lhe

XXVII. Participar na elaboração da programação de capacitação de pessoal em articulação com a Escola de Saúde Pública e a Escola de Formação;

XXVIII. Articular junto a Escola de Saúde Pública e a Escola de Nível Médio - EFOS, para promover as capacitações dos servidores na Política Nacional de Humanização;

XXIX. Propor mecanismos de aproximação com as Instituições de Ensino, visando o fortalecimento da Política Nacional de Humanização, como campo de estágio;

XXX. Participar e acompanhar os Convênios firmados entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Instituições de Ensino para estágios de residência médica e demais estágios nas unidades hospitalares (SANTA CATARINA, 2010, p. 36).

No âmbito hospitalar, o relatório de 2010 da Comissão mostra que eram 202 hospitais instalados no Estado. Ainda o relatório informa que em nove unidades hospitalares existe a residência médica em diferentes especialidades. O estabelecimento de prioridades para o quadriênio 2011-2015 não inclui a educação com os profissionais no âmbito hospitalar.

Com relação ao que foi posto sobre a educação, entendemos que todos os espaços necessitam, no seu exercício de gestão, pensar como as práticas educativas no trabalho têm potencial para atuar com foco também na promoção da saúde. O hospital, para suprir essa demanda do sistema de saúde precisa também passar por modificações no âmbito da gestão do trabalho e de processo educativo. Na formação

inicial, os profissionais de saúde utilizam esse campo para cuidar dos sujeitos doentes. No âmbito da pós-graduação as residências utilizam também esses campos, o que potencializa articulá-los com essa dimensão.

O movimento produzido com a reforma do sistema de saúde, modificações curriculares nacionais mostra que é possível dar essa direção na organização do hospital. Defendemos a educação no trabalho como caminho para, via Política de Educação Permanente, disparar o processo da promoção da saúde no hospital.

Pensando nisso, lembramos que o processo educativo no trabalho dentro do hospital precisa ser planejado e que este necessariamente obedece a critérios e escolhas dos administradores em afinação com as políticas de saúde. Como um setor diretamente vinculado aos gestores, o ensino em serviço ou departamento de ensino deve articular a logística e coordenar as ações junto dos profissionais de saúde para esse desdobramento.

Os responsáveis por esses serviços podem planejar modos de indução e avaliação dessas ações. Sobre isso Lino, Backes, Ferraz et al (2009), em pesquisa com responsáveis por iniciativas de educação em serviços públicos de atenção primária e terciária de saúde em Florianópolis, fizeram análise a partir da PNEPS, que estes ainda se centram nos modelos de ensino desenvolvidos de modo fragmentado com os distintos grupos profissionais e com metodologia de ensino-aprendizagem tradicional. Destacam que a educação nos hospitais fica relegada diante de outros problemas considerados como mais importantes, a exemplo desmotivação, falta de pessoal e sobrecarga de trabalho.

Ainda essas autoras nos remetem a outra problemática na educação no trabalho no hospital: falta planejamento institucional para a organização das atividades educativas e que as mesmas são feitas durante momentos de reunião e passagem de plantão; também são relativas ao aspecto técnico procedimental. As necessidades de realização das intervenções educativas com os profissionais de saúde são apresentadas pelos trabalhadores e suas chefias em instrumentos preenchidos durante a atividade laboral. Com relação às áreas de enfermagem e de medicina, a preocupação com o planejamento das ações foi percebida como importante e também relacionadas com o aspecto legal, ético e técnico-científicos (LINO, BACKES, FERRAZ et al, 2009).

Como podemos perceber, esse conjunto de informações nos dá uma aproximação de como condições de trabalho podem influenciar nos processos de decisão. Será mesmo possível ter um trabalhador ativo, que pensa nos problemas e respectivas soluções no seu campo de trabalho?

O que demanda atender esses aspectos? É possível realizar essa prática no âmbito hospitalar?

Conforme nos relatam Lino, Backes, Ferraz et al (2009), a preocupação com os profissionais de saúde no hospital aparece como uma atividade para reinclusão daqueles afastados do trabalho para licença de tratamento, além de outras iniciativas vinculadas com a satisfação no trabalho e valorização do trabalhador. São relatadas atividades com esses profissionais como cinema, *reiki*, biossegurança, informática e relações interpessoais.

Como necessidade de ajustes, nos lembram Lino, Backes, Ferraz et al (2009), o planejamento das atividades de educação está ligado a definições e diretrizes do poder público, no caso a Secretaria de Saúde local. Assim, entendemos que decisões políticas a respeito do processo educativo não dependem dos trabalhadores do campo da saúde. Outras discussões são necessárias e em outras instâncias, como os Conselhos de Saúde para desenvolver o SUS.

A iniciativa acima nos parece correlacionada com a promoção da saúde e seria interessante conhecer como se organizaram tais serviços e a articulação dos gestores e coordenadores de serviços com a administração e profissionais de saúde do hospital. Também refletimos que a educação desenvolvida com a perspectiva freireana na educação no trabalho com adultos mostra-se mobilizadora da construção e envolvimento com elementos necessários ao fortalecimento das estratégias de saúde no SUS.

Outro fato importante de ser lembrado é que a PNEPS veem concretizar o apoio às mudanças no sistema necessárias para a atenção à saúde conforme os princípios de integralidade, universalidade, equidade. Portanto, uma política pública para fundamentar e fortalecer as iniciativas articuladas com o trabalho em saúde em conformidade com as lutas pela Reforma Sanitária. Com isso entendemos que ao dificultar a participação dos profissionais de saúde na tomada de decisões, ao se privilegiar atividades educativas nos moldes da educação tradicional é posicionar-se contra a educação no trabalho que se afirma como eixo estruturador do SUS.

Na Política de Educação Permanente, a formação continuada de profissionais de saúde trabalhadores do SUS é central desenvolver ensino que siga a proposta de descentralização, voltado às necessidades regionais. Ainda que isso mereça ser discutido noutro momento, notamos que são problemas regionais, embora todo o esforço dos gestores na atenção básica, situações que requerem hospitalização. Notadamente alguns sujeitos passam por reinternações e dentre os motivos encontram-

se doenças crônicas agudizadas, também ligadas ao envelhecimento das populações, entre outros.

Como vimos ao longo desse texto, a educação tem sido elemento para concretizar ideários políticos e um meio de disseminar ideias predominantes para a governabilidade. Se revestindo de valores conforme as necessidades orientadoras de políticas da globalização, ela vem dar a cada releitura uma ideia de que a educação em si pode produzir a mudança necessária. O que sabidamente não é. Ao envolver os gestores o quadrilátero da formação fica caracterizado a reconhecimento da necessidade de alinhamento destes, para além de suas preferências, no projeto social de Estado. Estes precisam também agir seguindo a horizontalidade em seus organogramas e hierarquias; considerar as forças de categorias profissionais que gerencia.

Como seria o desenrolar desse aspecto na instituição hospitalar? O hospital do SUS pode ser promotor da saúde?

O hospital promotor da saúde está ancorado em uma das estratégias da Carta de Ottawa, a reorientação dos serviços de saúde. Nesse sentido envolve atenção com o meio ambiente, com as comunidades, com o paciente e com os próprios trabalhadores. Percebemos ser uma orientação correta para valorizar o *staff*, para além da medicina do trabalho; o paciente para mais que a cura e a interação com a comunidade como caminho para inserir outro sentido ao hospital.

#### 4.1.5 Hospitais promotores da saúde no Sistema Único de Saúde

##### 4.1.5.1 Promoção da saúde: princípios e práticas

Lideranças mundiais se encontraram no Cazaquistão, debatendo, na década de 1978 a saúde das populações no ensejo de firmá-la como direito de todos os seres humanos e como meta universal, resultando na Declaração de Alma-Ata. Nesse documento estão propostas intervenções da sociedade e suas agências políticas na saúde com vistas ao alcance de Saúde para todos no ano 2000. Esta declaração teve, entre outras, a finalidade de alertar a comunidade nacional e internacional quanto às condições necessárias para que as populações pudessem atingir melhores níveis de saúde com o fortalecimento dos cuidados primários em saúde (OMS, 1979).

A partir dos debates naquela reunião, as lideranças voltam a se encontrar noutras regiões do globo e argumentam sobre condições de saúde das populações. Em 1986 a promoção da saúde passa a ser a tônica das reuniões no âmbito internacional visando fortalecer o conheci-

mento e a participação da sociedade nas decisões políticas de saúde e vem sendo discutida, nos últimos 20 anos em países periféricos (BUSS, 2003).

Resultado dessa reunião, a Carta de Ottawa, as nações concebem a promoção da saúde como o processo de capacitar as populações para desenvolver e controlar habilidades para incremento em sua saúde. São pré-requisitos para a saúde componentes como paz, alimentação, proteção, recursos financeiros, recursos sustentáveis, ecossistema estável e justiça social e equidade. A boa saúde é considerada o maior recurso para o desenvolvimento econômico, social, ambiental e cultural, constituindo-se de importante elemento da qualidade de vida. Fatores comportamentais, políticos, culturais, biológicos, econômicos e sociais podem ser relacionados com a promoção da saúde ao conduzir esses constituintes favoráveis em defesa da saúde (WHO, 1986).

De acordo com esse mesmo documento, a promoção da saúde tem como foco capacitar as populações para a redução das iniquidades em saúde e desenvolver habilidades para que tenham condições para vivenciar a melhor condição possível de saúde. Destaque-se que em função da interação entre todos os componentes que possibilitam a boa saúde, ações de diferentes campos do conhecimento e do viver são necessárias e, por isso, coordenadas por governos, setores econômico e social, autoridades, indústria e mídia na sociedade.

Ainda conforme a Organização Mundial da Saúde são estratégias para a promoção da saúde: elaboração de políticas públicas, criação de ambientes favoráveis, fortalecimento de ações comunitárias, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Destacamos aquelas que convergem com esta tese do hospital promotor da saúde.

O desenvolvimento de habilidades pessoais implica interação com mecanismos educativos para que a pessoa possa lidar com todas as condições nas diferentes fases da vida, bem como processos de adoecimento crônicos. A criação de ambientes favoráveis leva em consideração o inter-relacionamento bem como a complexidade das sociedades e meio ambiente. Portanto é preciso instigar a recíproca manutenção e cuidado uns dos outros, das comunidades e dos recursos naturais do ambiente. Assevera que mudanças nos padrões de trabalho, vida e lazer impactam significativamente na saúde, sendo que o trabalho e o lazer devem ser fonte de saúde (WHO, 1986).

Nessa perspectiva a organização do trabalho é instada a produzir uma sociedade saudável. A promoção da saúde influencia nas condições de vida e de trabalho estimulantes seguras e satisfatórias. Sobre a

reorganização dos serviços de saúde coloca sob a responsabilidade do setor da saúde o incremento e direcionar a promoção da saúde além de manutenção de serviços de cura e de clínica. Essa estratégia requer fortalecimento de pesquisas e saúde e mudanças na educação profissional e treinamentos.

A utilização do termo promoção da saúde data de 1920, com Winslow e com Sigerist. Mas, na década de 1965, Leavell e Clark, os responsáveis por desenvolver o modelo de história natural das doenças, o propuseram para caracterizar um dos níveis de atenção da medicina preventiva. Naquele momento defendiam que a prevenção das doenças ocorria em três níveis, sendo que a promoção fazia parte da prevenção primária e específica. Os demais níveis incluíam o diagnóstico e tratamento precoce e a limitação da invalidez – como prevenção secundária e, por último, a prevenção terciária tendo como componente a reabilitação. A promoção da saúde aqui anunciada tinha relação com medidas para aumentar a saúde e bem estar gerais (BUSS, 2003; BRASIL, 2007; NOBREGA, 2011).

A organização das ações voltadas à intervenção no processo saúde-doença junto da articulação de recursos humanos, tecnológicos e físicos para enfrentar os problemas em uma determinada coletividade é nomeada de modelo de assistência. Há diferentes modelos que envolvem desde intervenções curativas exclusivamente, até aqueles que desenvolvem ações de promoção e prevenção. Conforme Paim (1999) há ainda os modelos nos quais são atendidas as demandas nos serviços e espera-se que os casos espontaneamente cheguem e, ainda outros que atuam de modo ativo sobre os usuários, independente da demanda espontânea, ou seja, de sua busca pelos serviços.

Como movimento, a promoção da saúde foi discutida a partir de 1974, com o Informe Lalonde. Este foi produzido pelo ministro da saúde do Canadá, em função dos altos custos com o modelo de atenção a saúde e de sua baixa resolubilidade. Nesse informe foi possível identificar os altos gastos com a organização da assistência e também que as condições de adoecimento estavam ligadas a fatores como o estilo de vida e o meio ambiente. Nesse contexto são elaboradas cinco estratégias para o enfrentamento do problema: promoção da saúde, eficiência da assistência médica, regulação, pesquisa e fixação de objetivos. Foi este documento que levou a organização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978 e, em 1986 a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa (HEIDMANN; ALMEIDA; BOEHS et al , 2006).

Atualmente o termo se associa com valores como a solidariedade, democracia, cidadania, vida, saúde, por exemplo. E ainda, com uma série de estratégias: políticas públicas saudáveis por parte do Estado; desenvolvimento de habilidades pessoais, no âmbito individual e reorientação do sistema de saúde. De acordo com Buss (2009) tais características, entre outras, implicam na ideia de *responsabilização múltipla* (p.16), tanto no que se refere aos problemas quanto as suas soluções. Para esse mesmo autor, a saúde requer intervenções com múltiplas estratégias para resolução de problemas multideterminados. Alerta-nos que embora isso seja real, tem prevalecido o discurso da integralidade, tanto no entendimento dos problemas quanto no processo saúde e doença e respostas a esses problemas no Brasil.

Sobre a integralidade há uma polissemia que precisa ser explicitada. Uma das dimensões é vista no texto constitucional e na Lei Orgânica de Saúde, às quais indicam que a atenção à saúde pelo sistema único de saúde deve envolver ações curativas e, prioritariamente, de promoção da saúde e prevenção de doenças. Na prática e organização dos serviços ela evoca práticas preventivas e assistenciais em um mesmo serviço o que faz com que o usuário do SUS, ao precisar de diferentes ações não necessite se deslocar, já que encontra todas as ações na unidade de atendimento.

Há também a ideia de horizontalidade dos programas de saúde, isto é, ao invés de serem centralizadas as decisões quanto a prioridades político-organizacionais das ações, estas são apontadas a partir de problemas identificados nas populações, por elas mesmas no atendimento das equipes de saúde. Ainda, a integralidade se contrapõe a visão fragmentada dos indivíduos. Dessa forma, o atendimento profissional não deve ser restrito a cura e sim apreender o sujeito biopsicossocial, avaliar os riscos à saúde e executar ações de prevenção da doença. Isso caracteriza a integralidade na relação usuário-profissional de saúde, favorecendo assim ações para além da doença (ALVES, 2005).

A valorização dos saberes popular e participação da comunidade nas decisões sobre saúde bem como o conhecimento da relação entre nutrição, condições de ambiente, alimentação e saúde já eram consideradas na década de 1920, na saúde pública e ganham importância também com os debates atuais. Neste momento a promoção e proteção da saúde são colocadas como essenciais para o desenvolvimento econômico e social, portanto, melhorando a qualidade de vida (BUSS 2009).

Na promoção da saúde são discutidos elementos como *empowerment* e autocuidado já que a promoção da saúde se relaciona com o

desenvolvimento de habilidades pessoais para a tomada de decisão favorável à saúde.

O *empowerment* tem sido traduzido como empoderamento/fortalecimento. O termo vem sendo usado desde os anos de 1990 no Canadá, Estados Unidos, Austrália, Nova Zelândia e países europeus como tema das políticas sociais. Na promoção da saúde ele é tido como *um processo que ajuda as pessoas a firmar seu controle sobre os fatores que afetam sua saúde*. Esse mesmo termo é usado como sinônimo de habilidades de enfrentamento, organização comunitária e suporte mútuo, autoestima e autossuficiência, entre outros. Segundo Teixeira (2002), educação empoderada ou educação de empoderamento é, além de uma educação saudável, um modelo preventivo focalizado na ação em grupo e no diálogo direto para aumentar a credibilidade das pessoas em sua capacidade de mudar as próprias vidas. Ainda nesse debate, a autora aborda a consideração da afirmação como a habilidade das pessoas conseguirem entendimento e controle sobre suas forças pessoais, sociais, econômicas e políticas no intento de agir melhorando a sua condição de saúde.

Conforme a autora são objetivos do empoderamento: ajudar pessoas, organizações e comunidade a serem mais independentes, gerar autoconfiança e senso de governabilidade muito mais do que se submeter a força ou alguém exterior. É apontada como estratégia o desenvolvimento de grupos de suporte pessoal, com ajuda mútua e suporte terapêutico. Noutra dimensão, alerta para os perigos do empoderamento, destacando a relação deste com a padronização e de ser visto como legítimo a partir do ganho de poder.

Notamos que esses documentos integram recomendações quanto à reorientação dos sistemas de saúde e sabemos que muitas são as disputas ideológicas na construção de saberes e condutas sociais. Vimos que a promoção da saúde desponta como estratégia no enfrentamento de problemas de saúde das populações nos últimos 25 anos.

Como estratégia para lidar com os diversos contextos de produção de saúde e doença, implica na articulação de saberes técnicos e populares, esforços e recursos públicos, privados e comunitários. Debates que veem se desenvolvendo ao longo do período - da declaração de Alma-Ata até o momento - relacionam o tema com valores e estratégias. A exemplo, equidade, democracia e qualidade de vida. Também no campo das políticas de Estado, reordenação do sistema de saúde, desenvolvimento de responsabilidades e parcerias, como dito anteriormente. Embora o termo tenha outro sentido, quando do seu surgimento, veio



sendo alterado e hoje, é entendida com foco político e técnico na esfera de saúde-doença e cuidado (BUSS, 2000; 2003).

A promoção da saúde encontra dois grupos de conceitos (BUSS, 2000): num deles, as atividades se centram na transformação de comportamentos dos indivíduos e seus estilos de vida, estendendo-se para família e o ambiente da comunidade. Envolve, portanto fatores relacionados com aspectos controláveis pelo indivíduo; no segundo estão os determinantes sobre as condições de saúde, entre eles

[...] fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades ao longo de toda a vida; ambiente; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; [...] (BUSS, 2000 p. 167).

Sobre o primeiro conceito vemos que está sendo alocada para o sujeito a responsabilidade sobre sua saúde. Importa que o Estado não se ausente de sua responsabilidade com a população. Anteriormente assinálamos que a promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade e da população com vistas a atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, inclusive com participação no controle desse processo.

Como capacitação parece um processo enriquecedor, entretanto, até que ponto essa consideração não responsabiliza os indivíduos pela sua saúde? Até onde poderíamos responsabiliza-los por não estarem capacitados para gerir sua própria saúde? Isso envolve o Estado com políticas educacionais com a população que não se limitem a informar, pois esse método de ensino tradicional não dá conta de provocar a participação dos sujeitos. Também elaboração, controle e fiscalização de políticas na produção e controle de alimentos, promoção do cuidado com o meio ambiente entre outros.

No Brasil, a política de promoção à saúde traz uma forma de pensar políticas e tecnologias na construção de ações voltadas para a resolução dos problemas de saúde apresentados. A saúde tem sido entendida a partir de seu conceito ampliado, resultante de múltiplos fatores e as intervenções nesses condicionantes necessariamente precisam ter ressonância no adoecer. Como um processo, está envolto por um contexto próprio que envolve corresponsabilização e compartilhamento.

Como referido anteriormente, a centralidade das discussões mundiais para mudanças nos modelos de atenção à saúde está no cuidado primário e ainda no sentido de atender demandas epidemiológicas, com a prevenção de riscos e agravos. Atividades como a prática de exercícios físicos, ensino no manejo de dieta pouco gordurosa para pessoas com hipertensão e diabetes, cuidado com a saúde da mulher e criança e doenças sexualmente transmissíveis estão presentes, tanto nas ações práticas quanto nas políticas de saúde no país (BRASIL, 2007).

Destaque-se que essas práticas estão presentes tanto na atenção pública quanto nos serviços privados ao elaborarem manuais orientadores de programas de intervenção. As operadoras de planos de saúde são então chamadas para colaborar na reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2007). A exemplo, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no documento acima, visando induzir a participação nas propostas, propôs o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e o Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças, esse para os usuários dos planos privados de assistência.

Embora todas essas considerações, concordamos com Caponi (2009); Czeresnia, (2009) quando alertam para a fragilidade existente no que hoje é considerado como promoção da saúde, conclamando para a preocupação de, além de conceitos, precisamos construir práticas para nova relação com conhecimento científico.

Os discursos e práticas na saúde são circunscritos a partir de conceito de doença, ligada ao modelo biológico, alertam-nos e questionam: como pode a saúde pública se definir como responsável pela promoção da saúde se suas práticas são organizadas em conceitos de doença? Outra questão abordada é que não se considera a “distância entre o conceito de doença enquanto construção mental e o adoecer – experiência de vida” (Czeresnia, 2009 p. 41). Esses problemas, conforme a autora, embora a palavra tenha um valor expressivo, não dão conta de apreender a realidade em sua totalidade.

Sobre essa discussão, ela critica o modelo do pensamento científico e sua objetividade, o qual tende a mostrar como anomalia tudo que se afasta do que não é considerado científico, como se o conceito fosse universal em sua expressão última. A própria coisa foi substituída pela palavra objetiva, portanto, negando o aspecto sensível, destaca. Em virtude da necessidade da totalização daquilo que foi fragmentado, a complexidade se apresenta como possibilidade de explicar os sistemas vivos com modelos que mostram a relação entre eles. No entanto, essas práticas mostram que é impossível a construção de um modelo que o reduza.

Assim é que Czeresnia considera a saúde e doença como modos de manifestação da vida, que são experiências peculiares também impossíveis de serem reduzidas a palavras. A autora alerta que entre a subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos estão as intervenções para lidar com tal situação. Isso inviabiliza a conceituação científica de saúde e de doença (CZERESNIA, 2009).

Vimos que a construção científica é inviável para caracterizar a singularidade já que um conceito é incapaz de “representar a realidade”. Mas essa não é uma razão para desconsiderar o conhecimento científico. Esse deve ser junto com outros conhecimentos, instrumento para revalorizar o papel de nova relação de verdade para ver além dele constituindo elemento para transformações nas práticas de saúde e no ensino profissional (CZERESNIA, 2009, p.44).

Um fato que chama a atenção é a prevenção que apontavam Leavell e Clarck, requerendo uma ação antecipada, cuja base é o conhecimento da história natural da doença. Assim Czeresnia (2009) posiciona-se que na base do discurso preventivo está o conhecimento epidemiológico, que tem por objetivo o controle de transmissão de doenças e redução do risco de doenças degenerativas. Ainda, a redução de como agravos específicos os quais estruturam os projetos de prevenção e educação em saúde, divulgando informação científica e recomendações de hábitos.

Frente a essas colocações Czeresnia considera que os determinantes da saúde ganham a formulação de discurso sanitário que “afirme a saúde em sua positividade”. (CZERESNIA 2009, p.45). Na Carta de Ottawa a saúde é tratada com a ideia de qualidade de vida associada a um complexo de fatores que inclui habitação, alimentação, justiça e educação, entre outros. No Brasil, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 consideramos a conceituação ampla de saúde, isto é, além desses fatores, afirmando o acesso igualitário e universal às ações de saúde (promoção, proteção e recuperação da saúde a todos os brasileiros).

Destacamos que as Conferências de saúde são importantes espaços de debates públicos sobre problemas de saúde e políticas para intervenções. As discussões são precedidas por encontros pré-conferência nos municípios e estados para então levar ao âmbito nacional. O conceito ampliado de saúde é assim apresentado na referida conferência:

[...] Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habita-

ção, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. [...] (BRASIL, 1986, p. 4).

Nesse aspecto, afirma Czeresnia, há um avanço no plano teórico que, entretanto, no campo prático apresenta problemas quanto à conceitualização positiva de saúde: ela envolve múltiplos setores, além da saúde. Representa uma conquista nos limites do modelo de saúde oficial, porém é necessária a relação intersectorialidade, já que a delimitação de competências específicas das ações da saúde, especificamente e a integração e abertura com os demais campos são necessárias.

Discutindo o conceito ampliado de saúde, já que existe a impossibilidade de conceituar, uma vez que os conceitos não explicam a singularidade da vida humana, porém, são eles que permitem que sejam pensadas intervenções no plano operativo, a autora nos coloca a necessidade de abertura de canais para a ampliação dos sentidos. Relata ela que a intuição primeira do corpo é o caminho possível para isso e afirma que o nosso desafio é “transitar entre razão e intuição” (2003, p.57).

A autora lembra que existe uma confusão entre os termos prevenção e promoção no campo da saúde; a diferença de prevenção e promoção requer transformação na articulação e utilização do conhecimento ao se formular e planejar práticas de saúde. Transformação na concepção de mundo, uma vez que as práticas de promoção se valem do conhecimento científico utilizam os mesmos conceitos: doença, risco, transmissão e risco, que são de racionalidade do discurso da prevenção. Isso gera confusão na utilização dos termos. É necessário afirmar essa diferença.

Nesse contexto a autora dá ideia do que há na promoção da saúde o “fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde” (CZERESNIA, 2009, p. 47). Isso quer dizer que uma pessoa/comunidade com o domínio de sua capacidade terá melhores condições para optar por possibilidades que a ajudem a dominar aqueles fatores que diminuem as suas melhores condições de saúde. Saber lidar com as situações de risco manejando-as de modo a minimizá-los, potencializando a sua saúde.

A promoção da saúde é então evidenciada em sua diferença com a prevenção já que não se podem transformar comportamentos a

partir do que conhecemos, já que o conhecimento que temos não dá conta das subjetividades. De acordo com Czeresnia (2009), os programas apresentados no Brasil, sob a nomenclatura de promoção da saúde são alicerçados em conceitos epidemiológicos, que, portanto, não dão conta dos aspectos acima apresentados e, por seu aspecto redutor, mascaram os limites do conceito.

O discurso produzido referindo-se ao risco utiliza de valores médios encontrados para se inferir causas às doenças. Isso é uma redução que não corresponde à complexidade dos processos de viver. Alerta-nos que o desenvolvimento do conceito de risco tem a ver com o processo cultural que construiu o homem individualista se opondo ao amadurecimento das relações com o outro. Ao considerarmos as informações produzidas sem analisar os limites que se apresentam esquecemos de fenômenos importantes, como os já destacados.

Isso tem importância ao se pensar estratégias para a monitoração dos indivíduos e grupos sociais conforme os interesses que promovam a saúde e implica escolhas e valores. Um dos aspectos que ocupa a centralidade é a necessária revisão de formas de lidar com as representações científicas e culturais, também do risco para pensar a promoção da saúde estimulando a autonomia, enquanto seu aspecto fundamental, que venha potencializar a saúde. (CZERESNIA, 2009).

Ainda comentando os limites dos conceitos a autora aborda a medicina baseada em evidências, a qual utiliza também, critérios fundamentalmente oriundos da epidemiologia visando sistematizar resultados de pesquisas. Questiona o uso de protocolos e “best evidence” como resultados e sua capacidade de trazer alguma mudança nas práticas. Por conseguinte, a promoção da saúde precisa enfrentar essas questões: a necessidade de “reflexão filosófica e a reconfiguração nas práticas de saúde” (p.51).

Como vimos, dentre os desafios do conceito, e implicados com ele, estão os projetos educativos, que tem se resumido a passar informações e capacitação técnica. Concordando com a autora, insustentáveis para resultar em capacitação dos indivíduos para a autonomia que implica o processo de promoção da saúde.

Isso nos coloca um problema: de qual promoção da saúde falamos? Aquela presente nos documentos oficiais o que nos diz?

A promoção de saúde encontra definição na Carta de Ottawa, o principal documento de referência para a reflexão do tema, como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. Para isso, as nações deveriam implantar programas cujo objetivo seria aumentar a autonomia

das pessoas; propiciar atividades de promoção da saúde, de prevenção e educativas, no intuito de produção de melhor conhecimento das pessoas sobre suas condições de saúde, direitos e obrigações (WHO, 1986).

O que podemos depreender desse argumento é que capacitar pessoas e comunidades na perspectiva da promoção da saúde não exclui ações intersetoriais e responsabilização dos governos nessas ações. Especialmente se considerarmos o contexto no qual a entidade produziu as discussões da carta, o qual abordamos mais a frente, relacionado com o surgimento dos hospitais e a institucionalização da profissão médica.

Vimos, portanto que há vários pontos para a reflexão na promoção da saúde. A polissemia do termo, a confusão de práticas preventivas com as promotoras da saúde e a concepção de educação que se tem. São atributos a serem desenvolvidos para que possamos construir práticas que se aproximem ao máximo desses desejos.

Com essas reflexões, percebemos que os hospitais são ambientes que empregam trabalhadores com, majoritariamente, elaborações no campo do conhecimento epidemiológico. Teriam profissionais de saúde semelhante compreensão? Possivelmente sim. E o cotidiano desses trabalhadores permite que eles promovam sua saúde? Diante dessas considerações sobre a temática, qual promoção da saúde precisa ser praticada no ambiente hospitalar?

Feitas essas considerações e assumindo que os limites apresentados por Czeresnia (2009) e Caponi (2009) são uma possibilidade que deve ser esclarecida, divulgada e vencida, trabalhamos com o conceito de promoção da saúde presentes na Carta de Ottawa, que iniciou as discussões sobre o problema em pauta. Assim a promoção da saúde no campo hospitalar é entendida como uma prática que tem como finalidade aumentar a autonomia das pessoas para que elas possam tomar suas decisões a respeito de sua saúde, propiciando atividades com essa lógica.

#### 4.1.5.2 A promoção da saúde no ambiente hospitalar

O hospital é uma instituição que, entre suas funções, realiza a assistência aos pacientes internados. Para isso conta com uma estrutura administrativa que o gerencia para o alcance dos objetivos. No que se refere a apoio de gestão e execução administrativa, esses estabelecimentos têm como atividades a realização de serviços de direção administrativa, assessoria à direção do estabelecimento no planejamento de atividades e da política de investimentos, seja em recursos humanos, físicos, técnicos ou tecnológicos (BRASIL, 2002b).

Além disso, realizar a administração de pessoal compra de materiais e equipamentos. Também deve realizar serviços de planejamento clínico, de enfermagem e técnico, que envolve: dirigir esses serviços na instituição, executar o planejamento, supervisão e assistência e fornecer informações clínicas e de enfermagem ao paciente (BRASIL, 2002b).

Mas esse ambiente não foi sempre assim. O hospital surge como um espaço de morte e separação de doentes pobres, retirando-os do convívio social e protegendo a sociedade. Era o hospital de organização cristã que, fundamentado na caridade cuidava desses moribundos desempenhando o papel não de cuidado, mas de salvação religiosa. Por esse período acreditava-se que as doenças eram causadas pelos elementos da natureza, como o ar, terra, alimentação e outros. Retirando o sujeito de seu ambiente e mantendo-o no hospital cumpriam-se duas funções: proteger a sociedade e observar mais de perto o desenvolvimento do adoecimento e morte (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS et al, 2012)

Num salto histórico, esses autores explicam que a medicina adentra ao hospital com as crescentes descobertas nos campos da anestesia, física, química e antisepsia e o hospital, de morredouro passa a ser visto como um ambiente promotor de tratamento e cura, que concentra também conhecimento. Em vista dessa modificação, na Europa há o estímulo a construção de grandes instituições hospitalares e crescente aumento no número de leitos. A organização do sistema de saúde se centra no hospital.

Com o esgotamento econômico que tomou conta do mundo entre as décadas de 1960 e 1970 torna-se necessário encolher o hospital e seus custos. Para suprir essas demandas são requeridas mudanças nas políticas de saúde nacionais. E a mudança do sistema um imperativo para conter os altos custos desse modelo, discutem Braga Neto; Barbosa; Santos et al, 2012.

É nesse período que é dada ênfase a atenção primária da saúde, com a conferência de Alma-Ata, no Cazaquistão. As populações precisam ser capacitadas para cuidar de sua saúde e o modelo vai propiciar isso por meio dos profissionais dentro de um território definido. Não atingindo os resultados idealizados pelas lideranças nessa reunião, uma vez que são observadas a existência de doenças crônico-degenerativas que envolviam o adoecimento da população, tais lideranças, seguindo as orientações do Relatório Lalonde, organizam a I Conferência de Promoção da Saúde. Nessa reunião ficam as recomendações para os sistemas de saúde de que as comunidades e indivíduos devem ser instados a cuidar de sua condição de saúde e bem estar.

Como se vê, o hospital ao ficar caro propicia que se olhe para as condições de adoecimento e se defina caminhos no cuidado com a saúde das populações. Embora a preocupação central seja essa, destacamos que é importante pensar que a promoção da saúde no hospital não seja restrita à redução de custos. Pensando nos limites apresentados anteriormente no ensino, nas práticas e nas políticas acreditamos que o enfrentamento no hospital possa iniciar pela educação no trabalho com profissionais de saúde. Parece que realizar a educação na modalidade defendida na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com o enfoque problematizador e partindo do conhecimento e experiência dos profissionais de saúde implica intensos desafios.

Um deles se relaciona à organização hierárquica do trabalho no hospital, onde a micropolítica interna entre gestores e trabalhadores tem destaque. Da mesma forma, observa-se entre as diferentes categorias profissionais certo limite em suas ações. As quais são fundamentadas na decisão terapêutica do médico (CECÍLIO, MERHY, 2014). A enfermagem, mantendo o modelo de divisão social do trabalho no qual há quem pensa e quem executa o cuidado, delega maior parte do trabalho manual para os técnicos e auxiliares de enfermagem, executando procedimentos de maior complexidade no cuidado ao paciente, além do gerenciamento do cuidado.

Demais trabalhadores de saúde que atendem ao paciente, direcionados pelas ordens médicas, envolvem nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo, entre outros. Nesse aspecto cabem reflexões acerca de como organizar a educação no trabalho que envolva, além do usuário do serviço, essa dinâmica hierarquizada e a lógica do trabalho que ocorre ininterruptamente durante o ano, os diferentes profissionais de saúde.

Considerando os cuidados desenvolvidos com os usuários dos serviços de saúde conforme a complexidade do problema apresentado, chama a atenção o campo hospitalar, o qual também atende necessidades de saúde da população e deve oferecer educação continuada aos trabalhadores da saúde. Também nesse local, as atividades de capacitação/atualização são ofertadas no trabalho aos diferentes grupos de trabalhadores, pelos seus pares, na maioria das vezes, de forma isolada e outros trabalhadores e com núcleos de conhecimento próprios do seu campo de saber e prática (SALUM, 2007).

Então, após mais de 10 anos após a publicação da Política de Recursos Humanos para o SUS é importante conhecer como os aspectos da integralidade, universalidade e equidade são compartilhadas com



esses profissionais e como podem ser destinados os recursos financeiros advindos dessa política, no campo hospitalar.

Relatórios das Comissões de Educação Permanente no estado de Santa Catarina de 2013 afirmam que não foi pensada ainda a possibilidade de educação no trabalho para os trabalhadores dos hospitais. Com isso, acreditamos que essa pesquisa traga insumos importantes para desenhar formas de intervenção no hospital com vistas a este serviço de saúde desenvolver promoção de saúde com os sujeitos internados.

Na elaboração dessa pesquisa bibliográfica encontramos em Silva (2011) que, embora a meta primordial do hospital seja o cuidado de doenças, relegando a promoção da saúde para o serviço público, esse espaço de atenção à saúde tem importância na comunidade e, particularmente aquelas ligadas a atenção primária, devem comprometer-se com a promoção da saúde. Concordamos com esse entendimento e também acreditamos que as instituições não ligadas à administração pública tenham grandes contribuições e projetos para desenvolver. Internamente com os profissionais de saúde melhorar os ambientes de trabalho, seja no campo da afetividade como na segurança; com os pacientes e familiares internados promover práticas que os ajudem na aprendizagem de elementos para favorecer o bem estar e saúde. Externamente podem interagir com a comunidade no desenvolvimento da promoção da saúde.

Compreendemos que, entre as vantagens para os serviços de internação, está um redesenho da função do hospital de acordo com a política nacional de saúde. Com essa perspectiva o hospital promotor da saúde é o hospital do sistema unificado que possibilitará o rearranjo do setor com a população e os ambientes de produção de saúde.

Mendes (2011) destaca nos EUA, as redes de atenção à saúde como proposta de organização dos sistemas integrados de saúde. Os hospitais, inseridos nas redes são pontos de atenção articulados a outros pontos e sistemas de apoio. O autor orienta que estes pontos devam atender pessoas agudamente doentes ou com processo crônico agudizado. Essa orientação está de acordo com o que foi apresentado nas reuniões e que deflagraram as cartas anteriormente mencionadas. No Brasil temos acompanhado em alguns Estados as redes de atenção em saúde, sendo Santa Catarina um deles. Tendo em vista a organização atual do hospital, a articulação em rede é um elemento importante para mexer com o imaginário dos trabalhadores nesse ambiente: algo está mudando. O que será?

Pensando em reordenação das funções do hospital, no mundo há um movimento para estimular essas mudanças. Na Europa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tem promovido debates desde a década de

1993 a respeito de os hospitais promoverem saúde (GROENE; GARCIA-RIBEIRO, 2005). São justificativas para isto: a necessidade destes serviços se aproximarem mais da população, os gastos com hospitalizações girarem em torno de 40 a 70% dos custos com saúde, ser este um campo que emprega de 1 a 3% do total de trabalhadores. Ainda, o trabalho é executado majoritariamente por mulheres, são espaços caracterizados por fatores de risco químicos, físicos e psicológicos além de biológicos.

Paradoxalmente, apontam Groene e Garcia-Ribeiro (2005) nesses locais há pouca preocupação com a própria saúde dos trabalhadores. Portanto, o hospital no âmbito da promoção da saúde pode incrementar a saúde dos trabalhadores, diminuir o absenteísmo e aumentar a produtividade e a qualidade.

Para essa mesma entidade, também é importante o papel desempenhado pelos profissionais de saúde nos hospitais. Esses podem causar mudanças comportamentais nos pacientes e seus familiares já que a situação de angústia pelo adoecimento os deixa mais sensíveis e receptivos aos cuidados necessários. Esse fato é destacado em função da prevalência de doenças crônicas, verificado tanto na Europa quanto no mundo. Muitos hospitais têm prevenido mortes prematuras e incrementado a qualidade de vida dos pacientes. Para isso os pacientes mudam seus comportamentos e recebem suporte familiar. Dessa forma a promoção de saúde no âmbito hospitalar, além de encorajar comportamentos saudáveis previnem reinternações (GROENE; GARCIA-RIBEIRO, 2005).

E qual tem sido o papel do hospital nessa reorganização do sistema de saúde?

A promoção da saúde nos espaços hospitalares tem sido uma prática em países europeus e há também experiências no Canadá e na Austrália. Tais instituições devem necessariamente se constituir, além de espaços de cura, espaços de promoção de saúde positiva. Elas trabalham na perspectiva de aumentar a educação e orientação do paciente, possibilitando-lhe o empoderamento na tomada de decisões no controle de fatores que influenciam sua saúde. Os hospitais e organizações participantes do projeto *Health Promotion Hospital*, coordenado pela Organização Mundial da Saúde na Europa tem como objetivos mudar a cultura de cuidado nos hospitais por meio da interdisciplinaridade e participação dos usuários, promover a saúde dos trabalhadores do hospital e da comunidade na qual está inserido (WHO, 2004; NOBREGA, 2011).

Os documentos orientadores para os hospitais promotores da saúde são a Carta de Bangcoc para a Promoção da Saúde no mundo

Globalizado, de 2005; a Carta de Ottawa (1986); a Declaração de Budapeste dos Hospitais Promotores da Saúde (1991) e a Carta de Liubliana, da Reforma do Sistema de Cuidado a Saúde (1996) e em 1997 as Recomendações de Viena para Hospitais Promotores da Saúde.

A Estratégia Europeia de Saúde para Todos, de 1984 trouxe para as discussões as necessidades da região quanto às necessidades de saúde pública naquela região. O enfoque foi desenvolver estratégia assistencial a partir da atenção primária a saúde, visando reduzir a procura pelos serviços hospitalares. Os demais documentos estruturaram o conceito e diretrizes para os hospitais promotores da saúde. Na Carta de Ottawa estão destacadas como requisitos na organização do serviço público de saúde o fortalecimento da população para o controle de sua saúde e a reorientação do sistema de saúde tendo em vista a necessidade de promoção da saúde no mundo (NOBREGA, 2011).

Os hospitais promotores da saúde procuram desenvolver a função de promoção da saúde com os usuários, comunidade, familiares, trabalhadores e seu entorno. O foco nos usuários está presente na Declaração de Budapeste, propondo participação ativa deles no planejamento da saúde.

São cinco padrões internacionais a serem desenvolvidos nos hospitais promotores da saúde: política de gerenciamento, acesso dos pacientes, informação e intervenção, promoção de ambientes de trabalho saudáveis, continuidade e cooperação. Sobre a política os serviços hospitalares precisam ter, documentada, a política de promoção da saúde. Esta precisa ser implementada nos espaços hospitalares na organização da qualidade do sistema centrada na melhora da saúde. No padrão do acesso dos pacientes devem ser garantidas pelo hospital as necessidades de promoção da saúde dos pacientes, prevenção de doenças e reabilitação.

Nas informações e intervenções na promoção da saúde estão incluídos todos os usuários do ambiente. Já em relação aos ambientes saudáveis no trabalho, a recomendação é a de que devem ser estabelecidas condições para que o hospital desenvolva espaços saudáveis de trabalho. Finalmente, no âmbito da continuidade e cooperação, a organização deve planejar e manter planos colaborativos com outras instituições e com a comunidade.

A promoção da saúde vai estimular os sujeitos a se organizarem para, com o apoio técnico de equipes de saúde e instituições, desenvolverem ações e atitudes que os conduzam a melhor qualidade de vida. Os profissionais de saúde certamente serão afetados em suas práticas de trabalho para condutas que viabilizem as discussões com as equipes e os

usuários do sistema de saúde. Acreditamos na solicitação desse grupo de trabalhadores para o ensino-aprendizagem de promoção da saúde no hospital e ainda com reflexos em sua própria dinâmica de viver e trabalhar.

Na Europa o programa de promoção de saúde no hospital, foi discutido em 1988 e o modelo foi desenvolvido em um hospital em Viena, Áustria. No período de 1993 a 1997 o programa piloto se expandiu para 20 hospitais, localizados em 11 países europeus. Após essa fase, a etapa de trabalho se iniciou com redes nacionais e regionais tendo por base a cooperação e trocas de experiências. Em 2005, a rede internacional de hospitais promovendo saúde contava com 25 estados e 708 hospitais além de 35 redes regionais e nacionais (GROENE; GARCIA-RIBEIRO, 2005).

Embora este contexto apresentado em 2005, pesquisando sobre o processo de implementação e resultados, Whitehead (2004) aponta, entre as dificuldades, o entendimento de promoção da saúde num ambiente tipicamente focalizado na doença. Esse mesmo autor, em pesquisa bibliográfica, notou que grande parte dos trabalhos que se propuseram a debater esse tema foram produzidos por estudiosos que não estavam ligados ao hospital, com isso dificultando a adesão de outros hospitais ao projeto. Isso certamente nos indica que discussões a respeito da promoção da saúde a partir da preocupação com a saúde dos profissionais seja um dos primeiros focos a trabalhar.

No Brasil, o Programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS foi iniciado em 2003, em Minas Gerais. Nesse programa há a contratualização do repasse financeiro daquela Secretaria Estadual de Saúde para hospitais seguirem um compromisso quanto ao cumprimento de metas. Conforme o documento há experiências latino-americanas no âmbito das políticas educativas, habitacionais e de saúde no Chile e na Costa Rica com a lógica contratual (MINAS GERAIS, 2007).

Sobre esses elementos de gestão os contratos de gestão são “instrumentos de implantação de uma administração por objetivos e busca inexorável por resultados no setor público, visando à qualidade de serviços e à eficiência das organizações”. Os contratos são apresentados como compromissos entre gestor público e diretoria de empresa ou setor estatal para o cumprimento de objetivos e metas, com supervisão do Estado (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012, p. 617). Tais contratos implicam em pactuação na qual se acompanham os resultados, análise e, quando necessário, repactuação.

Portanto, uma experiência que se centra na gestão e que pode alimentar a proposta de hospital promotor da saúde.

O hospital para atender as demandas dos pacientes e ainda para formar os profissionais noutra lógica precisa ser desenvolvido no Brasil. Na formação profissional inicial os profissionais necessitam desenvolver atividades de ensino teórico-prático em ambientes que propiciem e que o levem a se envolver e reflexionar com o modelo de profissional requerido para o sistema de saúde defendido. O trabalho realizado em âmbito regional pode ser elemento facilitador para atender demandas locais e também fornecer caminhos para incrementar a lógica de atenção de saúde hospitalar

Nessa tese trabalharemos com os conceitos de Hospital Promotor da Saúde orientado pelas diretrizes do *Health Promoting Hospitals* da OMS como elemento para dar continuidade às mudanças na reorientação desse serviço de saúde.



## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA EDUCAÇÃO NO TRABALHO DO HOSPITAL COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE**

### **5.1 Características da educação no trabalho com profissionais de saúde trabalhadores do SUS os resultados nessa pesquisa**

O trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde nas organizações hospitalares é feito com vistas a levar o paciente a recobrar um estado de saúde para retomar suas funções sociais. Em última instância, essa instituição está no mundo para ajudar o paciente a se recuperar via assistência de seus trabalhadores e profissionais de saúde. Nesses espaços de trabalho há produção também de conhecimentos, o que endereça para necessidades de troca do saber (BRAGA NETO, 2012).

Algumas as trocas envolvem disseminação do conhecimento elaborado internamente com outros serviços e profissionais. Por outro lado, quando adentram nesses espaços novos profissionais, e novos instrumentos é preciso que os primeiros conheçam a organização e que tanto eles quanto os já aí atuantes devem aprender a lidar com novos procedimentos e situações de cuidado.

Isso implica na manutenção de serviços que gerenciem e executem essas práticas numa lógica conforme a estratégia de gestão. Conhecer as atividades propiciadas como ações de educação no trabalho nos dá ideia como está sendo conduzido o serviço hospitalar e assistência com os pacientes. Qual tem sido a preocupação da gestão para além do trabalho executado por seus profissionais.

Os participantes dessa pesquisa, profissionais de saúde trabalhadores em instituições hospitalares estão apresentados a seguir. Para isso optamos por dispor as informações conforme a profissão exercida em cada instituição. Recordamos que foram escolhidos pseudônimos pelos participantes durante a coleta de informações.

Quanto às características dos respondentes o quadro de número 6, apresentado no apêndice, traz informações socioprofissionais daqueles que participaram dessa pesquisa. Pelas informações coletadas os respondentes têm formação há mais que cinco anos e predominam aqueles cuja formação compreende o intervalo entre cinco e dez anos, seguido daqueles com mais de 20 anos de profissão. Quanto ao tempo de atuação no hospital predominam aqueles com menos de cinco anos de trabalho. O menor período foi um mês e o maior foi de 20 anos. Três dos profissionais estão em sua primeira experiência de trabalho; sete deles trabalham nos períodos matutino e vespertino; dois no período

noturno; um a tarde e dois de manhã. Dos participantes três mantêm outros vínculos empregatícios no campo da saúde e fora dele. Há dois técnicos de enfermagem, cinco enfermeiros, três médicos e dois fisioterapeutas no grupo.

Apresentamos as características das instituições separadamente quanto às atividades de educação no trabalho. Assim, inicialmente serão lançadas àquelas relativas ao H1, seguidas pelo H2.

### 5.1.1 Características da educação no trabalho no hospital 1

No H1 são oferecidas atividades externas e internas como maneiras de propiciar educação no trabalho. A decisão sobre a participação do funcionário na atividade externa depende da avaliação da diretoria quanto a integração com os objetivos institucionais, após a indicação pela chefia imediata.

As atividades internas são planejadas anualmente, conforme solicitação das chefias imediatas dos trabalhadores de saúde. Há espaços na agenda para colocar outras atividades que sejam necessárias. Essas atividades são realizadas em diferentes locais e em distintas modalidades, conforme a necessidade do solicitante. Nessa instituição, desde 2013 são registradas atividades realizadas no posto de trabalho, porém, de acordo com informações no setor de gestão de pessoas, elas já eram realizadas antes, mas não tinha esse controle nos registros.

Com o objetivo de facilitar a visualização das informações sobre as atividades educativas no trabalho propiciadas internamente e externamente, estão apresentadas no quadro 7 as atividades nas quais os profissionais de enfermagem participaram. Para fisioterapeutas e médicos mantivemos os registros externos e internos no quadro 8. Os referidos quadros estão localizados nos apêndices.

Conforme as informações apresentadas (quadro 8), as atividades internas predominam durante todo o período estudado para todas as categorias profissionais no hospital 1. As atividades são nomeadas capacitações, cursos, congressos, conferências, fóruns, palestras, reciclagens e treinamentos. Predomina a oferta de cursos e treinamentos internos nos quais os auxiliares e técnicos de enfermagem participam. Externamente os enfermeiros são liberados com mais frequência para cursos, congressos, feiras e simpósios.

Entre as atividades oferecidas internamente os cursos são os mais frequentes e se concentraram nos anos de 2009, tendo participado 74 profissionais de formação secundária, auxiliares e técnicos de enfermagem (AE/TE) e 55 da superior, enfermeiros (E); em 2010 houve a



participação de 74 AE/TE e de 54 enfermeiros. No ano seguinte 2011 verificamos um pequeno aumento no número de profissionais participantes (81AE/TE e 64E). Nos anos seguintes observamos um decréscimo no número de participantes de quase 50%, mantendo o padrão até 2014. Em contrapartida, a partir de 2013 foram registrados treinamentos na modalidade *on-the-job*, com acompanhamento no local de trabalho envolvendo os diferentes profissionais e trabalhadores do hospital. Nos setores de internação, no ano de 2013 foram desenvolvidas 449 atividades com os profissionais de enfermagem e 12 com os médicos que atendem nas respectivas unidades. Em 2014 foram propiciados 431 treinamentos desse tipo, todos para o pessoal de enfermagem.

Observando a tabela 9, onde constam as atividades desenvolvidas com os profissionais da fisioterapia e da medicina verificamos que a participação em cursos internos é a maioria dos registros em todos os anos. Externamente são cursos, congressos, simpósios e treinamentos, encontros e palestras. Com relação aos médicos, há a participação em cursos externos em 2013 e 2014.

#### 5.1.2 Características da educação no trabalho no hospital 2

A educação no trabalho no hospital de número 2 está nos quadros 9, para enfermagem, e 10 fisioterapeutas e médicos. Verificamos que a frequência dos profissionais no período considerado para essa pesquisa o hospital 2 em todos os anos a participação é predominante em ações externas. As atividades internas que contam com mais participação são os treinamentos. Observando o quadro 9, na seção dos apêndices, verificamos que a fisioterapia não foi a capacitações de 2009 a 2014; médicos participam de congressos, conferências, cursos e encontros realizados fora da instituição. Participam também de visitas técnicas.

Com relação às atividades internas, às quais foram o foco para a seleção de participantes nessa pesquisa, no período de 2009-2014 envolveram atualizações, capacitações, congressos, cursos, encontros, fóruns, jornadas, oficinas, palestras, reuniões. Também seminários, simpósios, treinamentos e visitas técnicas. Outras atividades envolveram cursos de pós-graduação, participação de semanas comemorativas internas, como a Semana de Enfermagem e a Semana do Acidente Vascular Cerebral (AVC). Cursos de pós-graduação envolveram a modalidade de ensino a distância e os profissionais o realizavam durante o horário de execução da atividade laboral. Eram cursos desenvolvidos em parcerias com instituições hospitalares que possuem Centros de Ensino e contri-

buem com o serviço de saúde público oferecendo vagas em cursos para profissionais de saúde aí atuando.

Além disso, as enfermeiras realizaram visitas técnicas a diferentes serviços de saúde e de fornecimento de serviços, como laboratórios técnicos. Um profissional foi liberado para cursar pós-graduação *strictu sensu*. Técnicos e auxiliares de enfermagem fizeram, majoritariamente, treinamentos internos referentes a técnicas procedimentais. A saída do hospital envolvendo a realização de ações de educação deveu-se a atividades especializadas, como cuidados com hemoderivados, práticas de vigilância à saúde e transplantes de órgãos.

Fisioterapeutas não têm atividades especificamente planejadas para o grupo profissional e para atualizar-se, participam de atividades internas no hospital organizadas para a enfermagem. Assim o grupo se integra a semanas internas comemorativas. A realização de atividades externas envolve participação em cursos de pós-graduação *latu sensu* e grupos de pesquisa ligados a universidades. Os cursos nos quais participam como aprendentes são ofertados com encontros presenciais quinzenais ou mensais, sendo os demais a distância.

Os médicos participam de atividades internas à instituição quando se refere a assuntos administrativos e de suas práticas específicas, a exemplo, treinamentos para sistema interno de informática e treinamento para uso de equipamentos. Externamente esses profissionais buscam, no país e fora dele, atualização em eventos científicos específicos.

Vale esclarecer que a instituição libera o profissional do trabalho nos momentos de participação em atividades externas. O que certamente é um investimento uma vez que, além de buscar o aprendizado, o profissional não necessita repor as horas que se ausenta do serviço. Em alguns casos notamos que a instituição, além de dispensar o profissional nas horas necessárias para a realização da atividade também contribuía com a ajuda de custo para estadia, transporte aéreo ou terrestre e parcelas de pagamento da atividade.

A liberação dos profissionais para as atividades externas está condicionada a aprovação pela chefia imediata, pelo parecer do setor de Gestão de Pessoal, pelo setor de educação e ensino e pela direção da instituição. O profissional faz a solicitação escrita em formulário próprio identificando a atividade, local e duração bem como o tipo de auxílio: ajuda de custo na inscrição e ou pagamento de parcelas referentes à atividade e compromete-se na devolutiva em ações educativas para o hospital.

A chefia imediata acrescenta o tipo de benefício que o profissional, ao participar do evento, pode trazer à instituição e também como fará para ajustar as demandas do trabalho em sua ausência. Também se a carga horária do evento não gerará horas extras (HE). Avalia o tema do evento e sua relação com as atividades desenvolvidas no setor onde o profissional trabalha e motivo de sua concordância ou não.

Após essas colocações o gestor do Serviço de Ensino avalia se a programação do evento tem vínculo com o cargo exercido; se os conhecimentos adquiridos pelo profissional poderão trazer benefícios diretos para a instituição e se têm aplicabilidade para serem repassados a outros trabalhadores do hospital. O setor de gestão de pessoas completa com os dados do profissional em qual modalidade de trabalho ele se encontra (concursado, comissionado), cargo, setor e data de admissão. Ainda é preciso destacar as condições desse vínculo empregatício quanto à aprovação no estágio probatório, desempenho, faltas no último semestre e existência de advertências ou suspensão.

Por fim é dado o parecer final da direção pela gerência técnica, quanto a dispensa de horas autorizada; da diretoria executiva quanto ao auxílio de custo e a concordância do diretor presidente. É anexado o programa do evento e custos.

Há casos que os profissionais obtêm a ajuda de custo, mas na maioria das solicitações não pedem essa ajuda. O controle de saída é mensal e o profissional, quando desenvolvendo atividades de duração maior, mensalmente preenche a solicitação.

Na avaliação dos recursos humanos na área da saúde temos acompanhado a instigação de formação e atenção aos trabalhadores de saúde. A década de recursos humanos, definida por organismos internacionais visa enfrentar crises decorrentes de escassez de profissionais de saúde, condições inadequadas de trabalho, conhecimento e atuação limitados, condições de trabalho inadequadas e equívocos na gestão de recursos humanos, na atuação com a realidade dos serviços e demandas da população.

Alegam Mendes e Marziale (2006) que essa realidade culmina em situações de estresse, baixa autoestima, aliados com a assistência insuficiente e questionável quanto a sua qualidade.

A década dos recursos humanos, resultante de discussões do ano de 2005 dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde foi iniciativa para enfrentar essas dificuldades desenvolvendo ações para incentivar e atribuir poder aos recursos humanos da saúde. Nesse quesito observamos aproximação com o que traz a Política Nacional de Educação Permanente de Profissionais de Saúde brasileiro.

Assistimos muitos esforços no governo no ajuste de condições para a atenção básica que, embora enfrentando momentos de confusão entre população, profissionais e gestores de serviços sobre a reorganização dos serviços, se constituem ganhos históricos (CECÍLIO, 2012).

No que toca ao hospital Cecílio afirma que a década de 1990 foi destacada para trabalhar aspectos de gestão no hospital do Brasil. O autor aborda a experiência de uma gestão compartilhada em um hospital municipal que partiu do desenvolvimento de dispositivos que auxiliaram em uma forma de horizontalizar as relações e a hierarquia nessa instituição. Foram criados colegiados de gestão no qual participavam trabalhadores e coordenador das unidades (CECÍLIO, 2004).

A eles cabe trabalhar as diferenças entre a equipe e organizar as atividades de educação no trabalho, entre outros. As múltiplas ações que fazem essas organizações do conjunto de trabalhadores do hospital reunindo-se com a finalidade de promover a assistência à população alinhada com as definições do Conselho Municipal de Saúde. A assistência é organizada em linhas de cuidado; estas compõem o fluxo de pacientes no hospital e outros serviços tendo como função enfrentar os macroproblemas.

Também nesse sentido, o uso do prontuário integrado no qual os problemas e questões relevantes dos sujeitos internados é preenchido por todos os profissionais. Nesse projeto há equipes multiprofissionais nas enfermarias que são responsabilizadas pela criação e manutenção de vínculo durante a internação. No setor de atendimento com a avaliação de risco dos usuários no pronto socorro tem por finalidade realizar o cuidado centrado nas necessidades dos usuários.

Por meio de observação por 11 meses no hospital, o autor nota que a realidade acontece de modo que não há a participação dos trabalhadores, como uma recusa velada ao que é posto pela gestão, além da concentração de aspectos de gerenciamento pelos profissionais médicos e de enfermagem seguindo o seu corpo profissional, mantendo as subordinações das decisões. Não se conseguiu estabelecer a estratégia de equipes em função de trabalhadores de enfermagem não suportarem dar continuidade ao cuidado e falta de compartilhamento entre os médicos e outras instituições. As enfermeiras conseguem gerenciar o cuidado ao paciente e coordenar o trabalho da enfermagem e outros serviços no hospital para evitar a desassistência.

A enfermagem, devido ao atravessamento da questão médica, não consegue gerenciar o cuidado, mas é esse profissional quem interna o paciente e tem uma dominação de estratégias no trabalho profissional.

A importância de se induzir processos de mudança na orientação da educação no trabalho no hospital por sua rede de hospitais constituem ambientes de cuidado a saúde nos quais as políticas públicas de saúde não têm muito impacto por operarem noutra lógica e seguem isolados. Por se constituírem espaços de ensino aprendizagem para muitos profissionais, seus gestores precisam avaliar a sobrevivência mais coletiva desse serviço (NOAL, SCHMIDT, LACCHINI et al, 2010).

Além disso, destacam os autores, a necessária mudança por parte dos profissionais da saúde deslocando a assistência centrada na doença. Concordando com essa afirmação, acrescentamos o necessário empenho dos gestores institucionais, dos gestores de ensino e dos profissionais por outra educação no trabalho.

Instigar a reflexão sobre a importância de se implementar a Política de Educação Permanente para os profissionais da saúde no hospital e iniciar os processos de trabalho educativo com seus princípios. Trata-se de um processo político e institucional que envolve a gestão hospitalar na viabilização de estratégias para que realmente possamos fortalecer o processo ensino-aprendizagem nas práticas e conhecer as políticas de saúde que orientam serviços.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde contribui para a formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde do SUS. É uma proposta de ação que ajuda na transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, envolvendo também a organização dos serviços, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções (BRASIL, 2007).

Sabidamente leis e portarias por si só não implementarão as mudanças na educação no trabalho em saúde ou a participação dos profissionais na gestão; elas nos indicam os espaços de atuação, mas é no nosso dia-a-dia que devemos instituí-la. Acreditamos ser por meio de uma política institucional de educação permanente que ela se efetivará, considerando os desafios colocados e acreditando na educação para o fortalecimento do SUS.

Nessa tese os capítulos intitulados A fenomenologia como elemento de abertura na pesquisa, Hospitais promotores da saúde no Sistema Único de Saúde e o hospital é promotor da saúde? serão submetidos a publicação em periódico Qualis Capes A nacional, exigido pelo programa, após a aprovação pela banca de tese.

### 5.1.3 O tempo vivido pelos profissionais de saúde com o fenômeno educativo no hospital

Na hermenêutica da facticidade é possível fazer a analítica do ser. *Dasein*, como o ser do ente humano, em sua existência com os outros se manifesta de modos diferentes. É na facticidade que vive o ente em suas possibilidades que é acessível apreender o seu ‘como’, isto é, as vivências pelas quais experimenta a vida e o mundo estão afinadas aos modos de compreender-se a si e aos outros. É nesse ‘como’ que há a mobilidade da inquietação que se temporaliza em modos de ser da existência de *Dasein*. O *Dasein* vive uma inquietação, que é a sua última possibilidade, a morte. Esta o leva a cuidar da vida pela fuga em ocupações mundanas.

O cuidado de *Dasein* se envolve com cuidar da subsistência, da profissão, dos prazeres, de não ser incomodado, de não morrer, de estar familiarizado com, de saber sobre, de assegurar a vida em seus fins últimos. O cuidado é a ansiedade, a preocupação que nasce de apreensões ligadas ao futuro. Esta ansiedade pode ter causa externa ou internamente. A preocupação é cuidar ativamente de alguém que necessita de ajuda. O cuidado é próprio e pertence ao *Dasein*; ao desenvolver as atividades no mundo, ele se ocupa e se preocupa com o seu ser-junto (INWOOD, 2002; WU, 2012).

O tempo é uma dimensão do existencial e o ser humano reflete suas experiências conforme as finalidades, metas, desejos, planos novos na vida, conforme ele é vivenciado. Enquanto desenvolve atividades em seu trabalho, o profissional tem expectativas e elabora planos para o futuro e isso depende do presente, muitas vezes vivido de modo impessoal. Isso nos orientou a responder como são vivenciadas as experiências em educação em serviço pelos profissionais de saúde e pelos gestores no âmbito hospitalar.

Ao refletir as vivências profissionais em hospitais examinamos se todo o tempo de trabalho desenvolvido junto aos pacientes e equipe de assistência está limitado a curar os sujeitos. Revendo as literaturas mergulhamos em uma ideologia e para enfrentá-la, no sentido de provocar transformações, desenvolvemos mecanismos de aproximação com os discursos políticos e midiáticos. Este como um caminho para tirar do isolamento o trabalho profissional no hospital de hoje, resultado das pressões da indústria da doença no passado. É preciso revisitar a história para impulsionar as mudanças sem satanizar o serviço, resultado das diferentes organizações sociais.

Nesse sentido acreditamos que o hospital como *locus* de cuidado e de trabalho um espaço que pode promover a saúde. A sociedade pode se beneficiar com essa prática por diferentes vias: ter profissionais

e trabalhadores mais saudáveis, contar com instituições que se preocupam e cuidam do meio ambiente e da comunidade a qual pertence.

### **Tornando-se um profissional de saúde para a assistência no hospital**

Vimos que os participantes entraram formalmente na saúde após cumprirem etapas definidas pela sociedade para seus currículos. Após os anos frequentados na academia, o exercício no trabalho os faz buscar conhecimentos para atender demandas próprias para assistir os sujeitos de modo atualizado ou, ainda do hospital. Nessa seção examinamos o ponto de vista dos profissionais de saúde e gestores do serviço de ensino e da instituição sobre como o hospital oferece educação no trabalho e sua relação com a promoção da saúde.

O texto a seguir foi elaborado a partir da análise das entrevistas com os participantes. Lembramos que estas foram realizadas individualmente em locais escolhidos pelos respondentes. Com a leitura e escuta dos textos, lembranças dos espaços de encontro e características dos sujeitos elaboramos um diálogo entre os pesquisadores e as narrativas coletadas, o qual é apresentado sob o título ‘o todo da atividade educativa no hospital’. Muitas são as informações e para esse momento nos limitamos a apresentar vivências que inicialmente captamos nas etapas de condução da pesquisa.

#### **5.1.3.1 O todo da atividade educativa no hospital**

Estávamos os onze sentados à mesa. Falávamos alegremente de nossas vivências no trabalho; particularmente a educação em serviço. A conversa estava regada por sucos e cafés e também acompanhada de lanches diversos. Algumas vezes notávamos que havia música de fundo. Eram sons de carros vindos da rua e dos quadros nas paredes, além da conversa barulhenta de amigas que se encontravam ao final do dia e de xícaras sendo recolhidas.

A educação no trabalho é uma atividade que promove mudanças e melhora a autoestima quando atinge os objetivos, dizia Ludimila. Maria manifestava que eram determinantes para realizar e supervisionar a técnica, especialmente quando normas e rotinas não eram de fácil acesso na instituição. Precisam contribuir nas ações diárias de cuidado como rever técnicas e procedimentos que mudaram, acrescenta a primeira. Chega Antonio e logo se manifesta que também devem ser instigadoras, pois do contrário alimentam a aversão do profissional por participar, em especial, quando são obrigados.

O tempo dedicado à educação no trabalho que resulta em aprendizagem do profissional e mudança de conduta na assistência com o paciente melhora a autoestima dos aprendentes e possibilita o desenvolvimento de habilidades técnicas instrumentais e àquelas voltadas aos projetos da instituição, acudiu Ludimila. Nessa hora foi um falatório, todo mundo queria a palavra. Tentamos organizar e um por vez contou as experiências.

### **Como é a organização das atividades educativas**

Primeiro que a tarefa iniciada no setor de ensino deve ser supervisionada, avaliada e continuamente, ser acompanhada na unidade aos pacientes pela enfermeira assistencial. Era Midwife se expressando. Por quê? O treinamento pode ser ofertado múltiplas vezes; pode ter avaliação mostrando sua eficácia na aprendizagem. Porém a ausência de cobrança, supervisão e acompanhamento levam o profissional a deixar de lado tudo o que foi ensinado e atue conforme o tempo que já passou.

Isso de imediato causou espanto e Nurse assegurou que o tempo vivenciado com a educação no trabalho é angustiante. Por vários motivos há dificuldade de realizar ações com profissionais de enfermagem: eles não têm tempo para isso; só mesmo para o trabalho. Como em um jogo sem regras, cada um foge do seu jeito: se fizer no setor ou fora dele, sempre aparece uma desculpa do profissional para sair da atividade em andamento. Ora é uma campanha, ora é um telefone...seja o que for, já é motivo de dispersão e, pior, o enfermeiro é o primeiro a se ausentar!

Ah, mas a comunicação das atividades aos profissionais é problemática e não é divulgada para o público alvo as poucas atividades desenvolvidas! Quando as pessoas sabem de última hora ficam preocupadas com o excesso de trabalho e se acomodam com o que fazem, do jeito que fazem, acrescenta Ludimila.

Mas será mesmo que a comunicação é o problema da baixa frequência e participação?

Não. Responde quase de imediato a interlocutora. Era como se ela tivesse percebido que existem razões inexplicáveis para as ausências nas ações de educação no trabalho. E, balançando a cabeça de um lado para o outro, ela afirma quase para si que tem mesmo colegas acomodados. Mas tem outro problema, ela acrescenta, a prática desenvolvida no hospital é ofertar em uma única oportunidade a atividade.

E o que fazer nessa condição?

Conversando com Midwife, Antonio e Tieta eles dizem que é possível pensar alternativas como a oferta em diferentes datas e horá-



rios. Fazer a checagem da quantidade de participantes por atividade e possibilitar novas ocorrências conforme esse levantamento.

Num canto notamos Homero, escondido atrás de suas lentes, praguejava que o hospital não oferece ações de educação continuada. Batia com o punho cerrado na mesa. Assegurou que a liberação dele para ir a um congresso foi um ‘parto’. Indignado dizia que a educação em serviço é ausente e afirmou que as residências eram priorizadas. Epitáfio pondera, as residências são o carro chefe do ensino no hospital. E Heráclito completa mostrando-se entusiasmado ao falar dos projetos institucionais para novas residências.

Quando sai a voz de Cleópatra, alegando que suas dúvidas são esclarecidas em discussões com seus colegas de profissão durante encontros realizados no hospital ou fora dele, quando organizam jantares. Todos olhamos para ela. Em seu rosto jovem ela afirmava pouca experiência e participar de todas as atividades educativas que eram possibilitadas para as demais categorias profissionais a ajudava. Esses encontros fora da instituição contribuíam também para fortalecer o convívio amigo e solidário.

Bárbara se sentia contemplada com a participação em atividades oferecidas na unidade de trabalho, quando os profissionais discutiam os casos clínicos dos pacientes em atendimento. Com a mudança de setor ela passou a participar de atividades mais gerais, como palestras e teatro problematizando posturas éticas do profissional na instituição.

As atividades cuja frequência é obrigatória e são ofertadas no horário de trabalho requerem rearranjos nas escalas de atividades e os profissionais saem por duplas para estarem nos diferentes momentos de oferta da atividade, de modo que todos participam. Quando impossibilitados de sair do setor, devido às demandas assistenciais, negociam com a chefia, contou Tieta. Nessa fala ela foi acompanhada por Midwife ao repete que as atividades de educação no trabalho devem ser em diferentes momentos e até mesmo se organizar, conforme o número de pessoas em um determinado setor que não assistiu, ofertar novos encontros.

Foi então que Nurse, com seu olhar claro, aumentou o volume da voz ao expressar uma condição necessária para isso: precisa de parceria com as gestoras da assistência. Nessa fala Midwife balançava a cabeça concordando - e deve ser interessante, acudiu alguém.

Debruço-me para ver Antonio referindo que era meio frustrante passar por situações que ele dominava o conteúdo, mas que se sentia obrigado a assistir pelo menos três vezes a execução de uma técnica para poder realizá-la, mesmo já tendo domínio. E, amargurado, dizia também que retornar à unidade de trabalho depois de participar de uma atividade

tinha que se desdobrar para fazer o trabalho, porque estava lá, tudo esperando por ele. Era uma culpa sair e ainda na volta precisava se render à execução do que não fora feito, desabafou.

Nesse instante Ludimila bateu palmas; era exatamente isso que acontecia no setor onde trabalhava. Faltando profissionais e tendo muitos pacientes para atender não era privilégio dele. Continuou falando das dificuldades quando o número de profissionais era insuficiente e os que estavam no setor se sentiam com a responsabilidade de assistir todos os paciente. Quando ela mencionou que as atividades de cunho técnico assistencial eram mais importantes para a sua atuação, alguém reforçou a ideia.

Transferir conhecimento é um aprofundar-se cada vez mais, como cavar um buraco, quanto mais você tira mais você tem, defende Heráclito. Ele diz que embora essas questões apresentadas é preciso pensar a educação no trabalho com a criação de programas de educação continuada, residências, especializações, bibliotecas. A estruturação do setor de ensino deve tomar por direção grandes experiências e pensar o futuro da entidade. É preciso pensar na cultura humanística da tecnologia no diálogo com profissionais e pacientes.

Prestamos atenção no que aquele olhar brilhante expressava. Era um aspecto bastante debatido na mídia: a humanização. Para ele se apresentava como uma necessidade instar trabalhadores em contato com o paciente na porta de entrada do hospital para o acolhimento. Em sua postura corporal e no seu *ser-a-si-mesmo* parecia dizer que se tem que viver o presente de olho no futuro; é preciso acreditar nas próprias potencialidades. Epitáfio pediu a palavra e afirmou que esse é um setor de muito estresse, os profissionais desse setor têm de ser vistos para além do trabalho e fazer alguma coisa para reduzir esse estado de sofrimento mental.

Existe certa distância de gestores com os profissionais, o que pode interferir no desenvolvimento do trabalho como um todo dentro do hospital, informou Nurse; por outro lado, aspectos como facilidade de comunicação e organização do setor de ensino, além de parcerias com as gestoras assistenciais nas unidades, contribuem para o sucesso das atividades realizadas, reforçou a interlocutora.

Midwife concordou com isso e ponderou que o sucesso, nesse momento, se correlaciona com a frequência dos profissionais nas diversas modalidades de ensino em serviço. Para Nurse, ver que as demandas dos profissionais, mesmo quando atendidas pelo setor de ensino, não contam com a presença deles, é frustrante. E quando não há frequência, parece que a parceria não está indo adiante, completou Midwife.

Nurse ainda arrematou: a educação no trabalho para a enfermagem é desenvolvida a partir de dificuldades assistenciais verificadas no dia-a-dia. Chegar aos temas para definir a educação para os profissionais de saúde requer a vivência na assistência direta nas unidades. Para a execução de ações de educação no trabalho o hospital precisa de parcerias de outras instituições e trazer expositores ou professores externos é necessário devido às resistências de profissionais.

Outras vezes as parcerias devem ser no espaço interno, com as gestoras da assistência, cujo papel é se organizar para liberar a equipe presenciando os diferentes momentos de construção do conhecimento dentro da instituição, disseram Ludimila, e Midwife. Esta última acrescentou que isso tem importância para a enfermagem, especialmente quando são cruzadas as informações de ocorrências de erros e a participação dos profissionais por setores, evidenciando que a baixa participação está associada a maior ocorrência de erros.

As ações educativas são desenvolvidas com capacitações e treinamentos, que quando realizadas externamente, facilitam a saída do serviço e participação dos profissionais, oportunizando que se centrem nas atividades, afirmava Nurse. Mas também há diversas modalidades realizadas internamente ao hospital, pelo setor de educação continuada: simulação na unidade assistencial ou de ensino, palestras em auditórios, aulas teóricas e demonstrações em laboratórios e atividades no local de assistência: *on-the-job-training*. Tieta concordava com a fala de Antonio e Midwife que, atenta ao que era dito, completava as frases.

Treinamentos, simulação realística, são importantes para atingir a perfeição na assistência e têm que ser mantidos, porém quando se deve atender um indivíduo em sofrimento, não basta o treinamento procedimental, dizia Heráclito. A tecnologia é ímpar, mas sozinha faz o cuidado parecer dividido ao meio; cuidar humanisticamente do sujeito faz mudar a resposta a esse cuidado.

Foi quando Maquiavel se levantou. Concordou com o que os colegas diziam de poucas atividades educativas. Lembrou que participou uma vez de orientações no hospital, era alguma coisa sobre sistema de informática, refletia ele. E se disse contente com o seu aprendizado em cursos e eventos de neurologia que ele frequentava no hospital. Aquela troca com enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e médicos de diferentes especialidades fez com que ele percebesse que os conhecimentos de sua área não lhe forneciam arsenal para lidar com situações nas quais ele era mais que profissional, um confidente junto ao paciente.

Homero recordou que as residências é que têm recebido atenção no hospital; afirmou se sentir desvalorizado, até mesmo pelos próprios

colegas de profissão. Acredita que a categoria profissional não é valorizada como um todo no hospital, e, no caso de educação em serviço, alguns são privilegiados. Sequer perguntavam de sua saúde. Era uma loucura o que se fazia com os profissionais: se exige muito e não se oferece o básico para enfrentar situações assistenciais no cotidiano, finalizou.

Epitáfio e Ludimila concordam que a atenção em atividades educativas é centrada para residentes e na enfermagem, particularmente enfermeiros.

Mas por que a enfermagem?

Por um lado, há um padrão genético na crença de que esse serviço é mantido em função da enfermagem e, por outro, é o mais numeroso grupo de profissionais no hospital, o que faz pensar que, organizando-o fica mais fácil lidar com o ensino dos demais. Responderam quase em coro Midwife e Heráclito.

Não bastasse, observaram Midwife e Nurse, os profissionais que trabalham no setor de ensino, além de serem em pouca quantidade, sempre são envolvidos nas atividades de ensino no hospital, mesmo que seja apenas a logística.

Às vezes o hospital precisa de condutas educacionais para implantação de novas tecnologias; essa realidade põe em destaque o planejamento de ações de ensino. Planejar a educação no trabalho é uma necessidade. Levantar junto aos profissionais e gestores da assistência o que é necessário é uma prática. Em alguns casos, o número insuficiente de profissionais no setor de ensino faz com que esse plano não seja elaborado. A centralização das ações educativas para todos os trabalhadores do hospital é uma demanda que vai sendo atendida mesmo não sendo presente no planejamento. Por outro lado, pode-se contar com os líderes de enfermagem das unidades, lembrou o que já dissera Midwife.

Para ela, por ser um setor de staff, a educação em serviço tem inserção em todo o hospital e seus profissionais precisam participar de atividades de avaliação para contribuir; portanto, está envolvida com todos os setores do hospital. Há treinamentos que são obrigatórios devido a necessidade de manutenção de títulos adquiridos, reflete; há treinamentos internos para gestores, pessoal de enfermagem. Por isso, educar no trabalho é necessário; planejar e avaliar seus resultados é um imperativo ao longo do tempo.

Mas qual o alcance dessa prática?

Se por um lado, o tempo de planejar é perdido, o tempo de avaliar e mostrar que a educação no trabalho, via treinamentos, é uma apos-

ta viável na melhora da assistência é uma ocupação que faz Nurse vislumbrar o futuro.

Mas como é difícil medir a aprendizagem, o intangível; os números não escondem seu valor: Midwife pondera como caminho a avaliação quanto a efetividade das atividades de educação no trabalho feita conforme índices internacionais aplicados, com pré e pós teste. São esses índices que delimitam as porcentagens de acertos para considerá-las surtindo efeito. Há uma equação para somar a quantidade total de treinamentos e contagem de horas utilizadas para essas ações, é o que acredita Midwife.

O setor de educação em serviço tem planejamento de atividades anuais e readequa horários quando há necessidade. Há uma dinâmica de organização da educação continuada e seus trabalhadores para fazer os treinamentos com a enfermagem.

Heráclito destaca que a educação no trabalho com profissionais de saúde acontece de maneiras diferentes e articuladas de modo a treinar e ajudar a formar os profissionais de saúde. Ela é um grande projeto na instituição que, além de obter resultados no espaço hospitalar com seus trabalhadores, busca a empatia da sociedade para captar novos profissionais e formá-los em sua concepção ideológica.

Em sua percepção é preciso contaminar os profissionais das diversas áreas do saber para as novas ideias, induzir às conquistas. Às vezes, lidar com as críticas e persistir, embora momentos de desistência assombrem a sua vontade durante o tempo que se dedica ao *ser-em-si*. Coordenar pessoas é direcionar para mudanças, afirma, e carregar a bandeira na frente do grupo de soldados implica gerir dores próprias.

Mas Homero, que sabe do seu tempo vivido como um tempo sem retorno se alivia desenvolvendo a conduta mais acertada com os pacientes; vivencia o cotidiano enfrentando o que o tempo quer minar: o desejo de ser um profissional cujos acertos e habilidades sejam reconhecidos; o desejo pelo conhecer e melhorar o serviço, sua ocupação. Então ele financia sua formação continuada e aproveita as oportunidades oferecidas em outro local onde atua.

A conversa animada se seguiu por mais alguns encontros. Ludimila falava sempre alegre sobre as suas expectativas, embora a decepção com a forma de acontecer da educação em serviço. Midwife se continha em alguns momentos, quando procurava as palavras certas a serem expressas na sua satisfação em trabalhar em um campo aberto ao conhecimento; enfrentar os desafios de reorganizar suas propostas era prazeroso.

Homero sempre problematizava, brigava e ao final ele se percebia como um lutador e paciente na espera pelo futuro. Compartilhavam as ideias de futuro Heráclito, sempre filosofando a vida, a ética e os planos para humanizar a assistência ofertada aos pacientes no hospital. Tieta vinha com os olhos brilhando, dizia que os treinamentos possibilitavam a assistência necessária para evitar que o paciente fosse a óbito; essa era sua experiência mais interessante.

Maquiavel, a exemplo de Midwife, procurava palavras para exprimir coisas que não tinha refletido. Sempre se sentia pré-ocupado por reinserir a pessoa com lesão neurológica na sociedade. Bárbara ficava de olho nas nossas condutas éticas e Cleópatra queria conversar mais sobre o que era vivenciado frente a morte que chegava tão rápido para alguns pacientes.

Nurse, pensativa, reticente. Esperava o momento para exprimir as lutas cotidianas no trabalho com educação em serviço. Seu corpo expressava ‘estou aqui’, mas o pensamento ia e vinha do passado para arrancar-lhe as vivências.

Então contaram uma vivência com a educação no trabalho, às quais os registros são feitos aqui conforme os modos de ser de cada um, às quais interpretamos com Heidegger.

### 5.1.3. 2 A vivência da educação no trabalho

A existência analisada por Heidegger é cotidiana e pessoal. Existindo o ser-no-mundo o faz com outros entes. Estes, conforme o filósofo correspondem a tudo aquilo de que falamos, pensamos, com o que nos relacionamos e o que nós somos. Ente é tudo aquilo que é e se manifesta. Mas o ente tem em si o ser próprio, que é o vigente, a essência. As palavras nomeiam as coisas e as evocam quanto a sua vigência (HEIDEGGER, 2003; SALZEDAS, 2011).

O ente que existe tem uma compreensão prévia de si e do mundo é o ser-no-mundo, que é o humano. Existe uma relação indissociável entre eles. O ser-no-mundo é ser-com-os-outros ou ser-junto-com. No primeiro caso, relacionado com o modo de interpretar as coisas; no segundo ele assume o ser-junto-com outros *Dasein*. Ontologicamente ele é apresentado por Heidegger dividido em duas categorias: inautêntico ou impessoal e autêntico. No modo de ser do ente humano inautêntico o ser-aí aliena-se da existência própria dentro das dimensões histórica e temporal. Essa alienação o faz se manifestar de maneira a não se distinguir o que sabe ou não, tomando por comportamento ou atitude de não assumir a sua existência. É quando o ‘aí’ do ser-aí está encoberto, ele

está lançado no mundo de concepções, disposto no mundo enquanto o poder-ser que é (CASANOVA, 2002; SALZEDAS, 2011; MELLO, 2013).

Ao estar jogado no mundo o ser-no-mundo procura se harmonizar no mundo, tomar parte nele. Ao fazê-lo de maneira inautêntica expressa não o que vem de seu ser e sim o que vem do ‘a gente’, que pode se referir a todos e a ninguém. Por essa inautenticidade Heidegger quer indicar que o ente humano não consegue perceber a própria essência e individualidade.

Para Heidegger, o ser é tempo e a forma de o homem ser é ímpar no mundo e ele está em mudança o tempo todo; sempre realizando planos. O tempo de *Dasein* não é cronológico; o passado não fica num plano esquecido, está sempre influenciando nos acontecimentos do presente e o futuro são mudanças e escolhas.

O tempo é o horizonte da compreensão do ser e que comporta três dimensões. É a temporalidade, na qual o tempo sai de si para o passado, presente e futuro, tem o caráter fenomenal. O do futuro é em direção a si mesmo; o presente é deixar que algo venha ao encontro de alguém e o passado tem o caráter de volta a, por ter sido. Estes remetem ao tempo pleno, instante peculiar e único, e não ao tempo cronológico. Essas dimensões são, cada uma, horizontes, campos de expansão onde coisas e acontecimentos se localizam. Conforme o filósofo, o passado, quando avaliado permite ao ser-no-mundo modificar o futuro. É quando ele volta ao passado da vida de alguém ou ainda da tradição de alguém e redesenha possibilidades no futuro (INWOOD, 2002).

Na sequência apresentamos as tematizações elaboradas com as interpretações das narrativas. Estas são: 1 o modo de ser impessoal mostra a educação na mundanidade do ser-no-mundo; 2 o ser-no-mundo interpreta a educação no trabalho que gera expectativas, muda destinos e desperta o ser-em-si; 3 a compreensão da educação no trabalho como uma coisa dada ou invisível que ajuda a lembrar do outro, 4 a educação no trabalho que facilita compreender o outro e com o qual se preocupa e 5 educação no trabalho planejada conforme as necessidades do pessoal e do serviço.

É importante relembrar que o que ora apresentamos não pode ser generalizado e consideramos o aprofundamento no fenômeno educação no trabalho com profissionais de saúde trabalhadores do SUS.

#### *5.1.3.2.1 O modo de ser impessoal mostra a educação na mundanidade do ser-no-mundo*

Nessa seção dispomos das narrativas dos participantes, o que há de impessoal na interpretação das atividades de educação no trabalho. Essa impessoalidade como forma de se dirigir às coisas do mundo, no caso, a educação no trabalho está presente nas vivências de Nurse, Maria, Maquiavel, Cleópatra e Antonio. Enquanto externavam o seu pré-reflexivo em vivências durante o trabalho, falando sobre o planejamento de atividades, a assistência ao paciente limitada pelo seu conhecimento e enriquecida com o saber de outros campos da saúde. Há momentos preenchidos por certa confusão entre o passado e o presente do conhecimento que faz o profissional se sentir perdido mesmo diante da orientação pelo serviço de educação no trabalho.

*Teve um serviço do hospital que procurou para a gente realizar um treinamento [...] A gente sempre pensa que santo de casa não faz milagre. A gente sempre acha que não vão dar credibilidade [...]. Eles têm certa resistência. As ferramentas que a gente dispõe são algumas instituições de ensino que têm profissional capacitado, que são professores (Nurse).*

*Esses dias tinha um caso de um paciente neutropênico; 16 anos e chegou no [setor] e a gente queria, a gente colocou máscara nele e tudo e queria isolamento protetor! Não tinha vaga [...]. E a gente foi questionar no outro dia, a [profissional do setor] para ver o que a gente faz numa situação dessas para melhorar para o paciente. Ela falou assim: 'não precisa fazer nada!' 'Tem que por no isolamento! Mas o que a gente faz de melhor, põe máscara ou não põe?' (Maria).*

*De repente a gente se barra e se pega em aspectos que fogem um pouquinho da rotina; a gente tem dificuldade. Como ser humano a gente também sente pelo outro; não tem como sempre separar isso[...] (Cleópatra).*

*A gente não tem nenhuma medida; Então tudo o que eu posso aprender dessas outras áreas eu acho que me ajuda a fechar essa engrenagem. Eu acho que o resultado é esse, positivo (Maquiavel).*

*A gente põe uma interrogação porque pensa no paciente, pensa no parceiro, mas em contrapartida tem as coisas que requerem sigilo e a gente não pode expor nunca o paciente. [...] fica preocupado porque às vezes tem algumas questões de saúde pública, mas tem o sigilo e a gente tem que respeitar isso. É uma sensação de impotência; você sabe que tem que fazer, mas muitas vezes você não pode; você é impedido por uma questão legal ou por uma questão de ética. A gente*



*vai sempre pela parte da ética e da lei. Até mesmo se não fazer o que determina a gente vai responder por isso (Antonio).*

#### 5.1.3.2.2 *O ser-no-mundo interpreta a educação no trabalho que gera expectativas, muda destinos e desperta o ser-em-si*

Os destaques nesse momento evocam o despertar do ser do homem em seu modo consciente de manifestar-se. Estão presentes nas falas a seguir. As atividades geram interesse inicialmente.

*Essa do curativo foi horrível (risos) horrível, horrível! Porque eu esperava bem mais. Fui com a expectativa de que: 'nossa, vou conhecer curativos especiais eu vou aprofundar meu conhecimento para ver o grau das feridas, a classificação. Vai me falar alguma coisa diferente. Mas não! Teve apenas a técnica mesmo da realização do curativo, do contamina não contamina, do que deve se usar. Mas a maioria do que deve se usar (risos) é o que o médico prescrever, entendeu? E saí decepcionada (Ludimila).*

*Foi uns dois dias depois do treinamento, estava muito fresquinho. Um senhor de mais ou menos dois metros e pouco; ele estava internado por queda do estado geral e tinha várias comorbidades. Era insuficiência cardíaca e problema pulmonar. Conversou com a gente o dia inteiro e se mostrava super bem, deambulando pelo corredor. No final do plantão começou: 'estou com dor, estou com dor' e o filho chamando: 'meu pai não está bem'. E quando a gente chegou ao quarto ele estava parado. Estava numa parada cardíaca! Eu corri para o corredor, chamei o pessoal e 'pulei em cima' dele. Ele não morreu (Tieta).*

Na situação de atenção com o paciente ou usuário do sistema de saúde há outros elementos no viver que são vistos a partir da educação no trabalho:

*Se eu não reinicio esse camarada na sociedade, se eu não tomo medidas para ele estudar, procurar emprego, para ele ter acessibilidade para ele poder trabalhar, eu não consigo fechar essa engrenagem. Eu tenho um paciente que tem uma lesão medular alta cervical; machucou-se esquiando. Um menino jovem, estudante. Ele tinha a bexiga neurogênica e precisava sempre ter um cuidador junto dele; contratava uma pessoa para ficar ao lado dele 24 horas por dia. Isso limitava muito a vida social; ele praticamente não saía; não tinha intenção nem de procurar ninguém do sexo oposto para reestabelecer sexualidade. Depois do tratamento ele passou a fazer cateterismo a*

*cada seis horas. Tinha condições de sair, ficar cinco, seis horas, ir numa festa, por exemplo. Ele ia para a faculdade de manhã sem a cuidadora. Ele, praticamente, cortou aquele cordão umbilical (Maquiavel).*

As dificuldades da estrutura hospitalar e de recursos materiais foi lembrada ao abordar vivências na assistência.

*Eu atendi um menino de 17 anos que chegou em coma. Você podia bater, bater, bater na cara dele. Chegou a enfermeira e fez assim nele [fez gestos com os braços mostrando que chacoalhou], cutucava... nem um piscar de olhos, nada! Estava em coma. Ninguém sabia o que tinha. Quando entubei saía pedaço de carne, saía tudo que é secreção! Só que é um risco que eu corro de não conseguir fazer, ele bronco aspirar ou morrer, que é uma complicação. O risco dele também ter uma reação anafilática à droga para entubar, de uma perfuração de via respiratória e pneumotórax ou uma pneumonia aspirativa e mesmo um sangramento. E eu, além de ser responsável pelo fato, além de todo esse fato que aconteceu de atuar sobre ele, eu tive o risco de me contaminar também. No outro dia eu conversei com ele, que me contou o ocorrido (Homero).*

Sobre lidar com limites no trabalho também fala a participante:

*Quando eu cheguei na segunda ela já estava lá; tinha metástase cerebral, metástase no fígado. Foi tida como cuidados paliativos. Ela participava e conversava quando eu a conheci. Eu acabo tendo a dificuldade porque na minha rotina é de forma mais ativa: tirar do leito, deambular com o paciente, posicionar. E nesse caso não, já tive que frear porque se eu fizesse isso acabaria prejudicando a paciente [...] (Cleópatra).*

#### *5.1.3.2.3 A compreensão da educação no trabalho como uma coisa dada ou invisível que ajuda a lembrar do outro*

Nas narrativas que se seguem encontramos elementos de interpretação nos quais as atividades educativas no trabalho em sua invisibilidade preenchem o imaginário dos participantes de modo que os faz perceber os outros entes humanos.

*Acho que foi no ano passado, no tempo da kpc; eu acho que [a unidade] fez alguma coisa in loco. Chamava o pessoal no setor mesmo e passava informativo ali; reunia os seis e passava alguma*

*coisa rápida, que na época era o que dava para fazer. Porque com aquele problema que teve da kpc estava todo mundo (silêncio). Eles não tiveram tempo nem de se organizar, para treinar o pessoal. [A atividade] contribuiu sim para o meu fazer técnico do dia-a-dia (Ludimila).*

As razões para o trabalho profissional do hospital são o paciente e a assistência. Maria fala sobre a situação vivenciada na qual entende que o paciente precisa de atenção diferenciada em função de seu quadro clínico. Ela expõe um diálogo com uma colega do serviço que tem, entre outras, a função de ensinar.

*...E ela falou 'não, máscara ele não precisa, porque ele anda, ele vai em tudo quanto é lugar.' A gente pergunta: 'e os médicos sabem disso?' 'eles sabem, mas eles não estão nem aí, eles inventam essas regras.' Então são regras que na verdade, que não existem que já caíram, que são velhas e que não é passado para nós, entendeu? 'Porque que existe isolamento lá na hematologia?' Foi o que a gente perguntou para ela: 'Porque os médicos querem! Porque não precisa.' (Maria).*

A educação no trabalho que é inespecífica pode ajudar mas há coisas que só a especialidade pode esclarecer

*O que a gente busca, o que a gente sente necessidade, uma coisa que é para nossa área. O hospital oferece alguns treinamentos, algumas orientações, mas são voltadas para a enfermagem. Para a fisioterapia, acho que a gente acaba se encaixando, a gente participando, mas nada muito específico. Eu, pessoalmente, sinto falta disso. Não tem nada voltado para a fisioterapia e a equipe sente isso também. A gente precisa disso, também. Colocando a minha realidade, o que eu sinto de alguma coisa que está falhando, que eu tenho que buscar eu busco mesmo através de conteúdos de internet, de livro, discussão de caso com colega de trabalho. É isso que a gente acaba fazendo (Cleópatra).*

#### 5.1.3.2.4 A educação no trabalho que facilita compreender o outro e com o qual se preocupa

*[...] teve casos que o funcionário não estava dando conta. A gente chamou, a gente acompanhou ele cuidando de paciente [...]. A gente acompanha o que ele está fazendo; pode orientar, pode auxiliar, mas ele é ele que faz. Depois a gente faz as nossas avaliações; a gente conversa com o funcionário. Esse funcionário, por exemplo, ele era*

*extremamente atencioso, caprichoso; uma pessoa boníssima. Aceitava tudo que a gente falava; só que ele é um rapaz que tem outro ritmo (Midwife).*

*Isso fugiu um pouquinho da minha rotina. E eu me pego: 'opa, aqui a situação é outra.' Eu acabava discutindo mais com uma colega que tem mais conhecimento. Eu tento, não tem como colocar no lugar, mas eu percebo o sofrimento, a luta dela. E eu não consigo fazer nada para mudar aquilo (Cleópatra).*

#### 5.1.3.2.5 Educação no trabalho planejada conforme as necessidades do pessoal e do serviço

Alguns participantes relataram a educação no trabalho como aquela que atende as necessidades pessoais e do serviço. Aqui agrupamos o conjunto das falas que mostravam um aspecto da temporalidade: vivências de ações educativas que respondiam às necessidades dos trabalhadores.

*[...] Eu tenho até como memória (riso). O pessoal pensava que os projetos eram uma simples lista de compras. Então o sujeito botava lá meu principal projeto a compra de uma geladeira. (risos). Uma lista de compras de supermercado! E a gente foi ensinando, ensinando. Hoje os projetos estão estruturados, com objetivo, com recursos institucionais, com finalidade, com cronograma. Então o pessoal aprendeu a fazer projetos, isso foi um ensino, do nada surgiu um plano de trabalho absolutamente estruturado (Heráclito).*

Sobre o processo educativo no trabalho, há razões para gostar mais de determinados temas

*O que eu mais gostei foi a de parada cardíaca; quando a gente entra a gente tem uma semana só de treinamento e no último dia a gente faz um treinamento de parada cardíaca para criança, RN ou prematuro e para adulto. [...] Tu chegas na sala, é o boneco e tu tens que fazer tudo que tu aprendestes ao longo daquele dia. Para quem nunca viveu, para quem está iniciando é difícil não é? Porque tu pensas: 'ah! uma parada cardíaca'. O que é uma parada cardíaca para quem está iniciando? É difícil porque tu vê, está cuidando daquele paciente e ele parou.*

Também Nurse tem a lembrança de momentos nos quais uma atividade é oferecida conforme a necessidade da instituição

*Ah eu lembro agora, uma das últimas experiências que a gente teve. Dois setores determinaram que certo procedimento só poderia ser feito pelos enfermeiros.[...] Então foi a primeira coisa que a gente pensou: vamos chamar a coordenadora do curso de enfermagem; vamos conversar com ela e vamos expor o que o hospital está precisando (Nurse).*

## 5.2 O hospital pode ser promotor da saúde?

### 5.2.1 Vivências na promoção da saúde no hospital

A promoção da saúde no hospital foi interpretada a partir da conversa com os participantes nas quais resgatamos os questionários e pedimos que falassem sobre a promoção da saúde, a relação com a educação no trabalho bem como vivências no hospital a partir dessa compreensão. A interpretação das resultou na elaboração de quatro temáticas: multidisciplinaridade e o desenvolvimento de vínculos; a temporalidade de promover a saúde; o modo de ser-junto-com é aliado do desencobrir-se em seus limites, do encobrir-se no impessoal para a promoção da saúde; a promoção da saúde na temporalidade do ser-com: ganhos e lógicas da promoção da saúde no hospital e o ente promoção da saúde destaca o ser-junto-com do profissional de saúde.

#### *5.2.1.1 A multidisciplinaridade e o desenvolvimento de vínculos: a temporalidade de promover a saúde*

Neste tema foram agrupadas as narrativas nas quais o vínculo com o paciente foi elemento central na interpretação dos modos de ser dos profissionais de saúde.

Encontramos em Maquiavel que a multidisciplinaridade e a criação de vínculos são caminhos para desenvolver a promoção da saúde. E fazê-lo é superar a própria especialidade e com o grupo multiprofissional, acessar conhecimentos de outras áreas de saber.

*É um rapaz que trabalhava como desmatador e teve a queda de um tronco de árvore na medula e ficou paraplégico; era casado, tinha três filhos. Esse paciente tinha muito vínculo comigo, apesar de eu cuidar só da bexiga dele, eu era quase que confidente dele. Aconteceu uma situação e acho que naquele momento, tudo o que eu sei de bexiga neurogênica se anula! Naquela hora eu tenho que ser muito*

*mais um ombro amigo, um parceiro dele, Aquilo lá é muito pior do que uma infecção urinária grave. Eu tive que usar os poucos conhecimentos que eu tinha de psicologia e, principalmente, acionar pessoas que pudessem ajudar naquele momento. Como é que faz um pai que tem uma lesão medular e mal e mal consegue cozinhar dentro de casa para as crianças?*

Ele completa:

*Poxa o cara lesado medular, numa cadeira de rodas, morando numa condição péssima, com três crianças para cuidar; ser abandonado pela esposa que fugiu com o irmão dele!*

Duas outras participantes colocam o vínculo em destaque em suas vivências: Maria e Tieta.

*Chegou um rapaz de 19 anos que estava trabalhando e estourou o tanque de álcool do carro. Ele chegou, estava com muita dor e a gente falou para ele não se mexer muito. Perguntei se ele estava enxergando e ele afirmou que sim. Eu disse que o olho dele era muito bonito para puxar uma brincadeira para tentar espairecer. Ele me disse que não queria ficar deformado e eu disse que não ficaria, não precisava se preocupar. E ele completou que ele não queria ficar feio e eu o tranquilizei. (Maria).*

Na sequência ela afirma:

*Foram colocados quatro mil de volume e ele não fez nem 200 ml de urina. A última voz que ele ouviu foi o que eu brinquei. Na verdade a última pessoa que ele olhou foi para mim porque logo em seguida ele foi entubado. Isso eu acho que, também é criar vínculo! Nunca vou esquecer que ele chegou conversando e morreu. [...] a gente cria vínculo. A gente já está conversando, passa a mão, segura na mão! Eu adoro trabalhar com pessoas (Maria).*

Para Tieta criar vínculo é importante no hospital.

*Era um paciente, a gente já tinha afinidade. Tu já sabes de todas as manias do paciente. Fica mais fácil para tu cuidares dele. E assim a gente vai tendo esse vínculo para até tu estares cuidando melhor dele, porque quando tu não tens o vínculo com o paciente, tu não sabes se ele está com dor realmente, se ele está com náuseas; porque tem pacientes que manipulam. Já tem aquele vínculo do profissional e*

*paciente e alguns, a gente acaba criando uma amizade pelo tempo que fica aqui (Tieta).*

O vínculo possibilita conhecer um pouco mais sobre o paciente e sua história:

*Eu já conhecia as manias dele. Eu já levava [analgésico mais potente da prescrição se necessário] junto quando eu ia verificar os sinais vitais. A gente já sabia tudo o que ele gostava e vamos fazer tudo o que ele quer para ele não incomodar, chamando sem necessidade. [O paciente] já tinha ficado em vários quartos e ele sabia vários números [de quartos] e [nomes de] pacientes. Já tinha contado história da vida dele.*

*Ele precisava da gente para tudo, sofreu acidente de moto e tinha um fixador; semi-dependente. O médico o liberou para caminhar, só que ele não queria caminhar. Quando era mulher ele queria que fosse lá, levasse o papagaio, esvaziasse o papagaio; o acompanhante do lado não ajudava. E ele estava com mais dois pacientes no quarto. Quando eu entrava no quarto eu já esvaziava o papagaio, já botava água e a comida perto dele para ele não me chamar de novo. Fazer as vontades dele para eu dar conta dos outros, porque senão ele chamava [o plantão] inteiro (Tieta).*

Embora fazendo as vontades o paciente:

*...me chamou na campainha. E eu imaginei que seria para fazer algum cuidado: ele urinava no papagaio e não deambulava ou que tivesse acabado o soro. E eu cheguei lá e ele falou assim: 'Oi Tieta, essa senhora entrou enganada aqui no nosso quarto, tu podes levar ela no fulano de tal que está em tal quarto porque ela errou!'*

*Eu fiquei naquela: como é que eu vou negar? Eu nego o paciente vai falar mal de mim, não vai falar mal! . Fiquei naquela sinuca de bico: o que é que eu vou fazer? Levei ela do quarto. A esposa dele estava lá e ele não tinha combinado com a amante o horário de ela vir. Cortei aquele vínculo porque a partir do momento eu não confiei mais nele. [...] para mim foi uma situação bem inusitada. Eu não sabia se eu tratava ele como um paciente, como colega, porque a gente já tinha o vínculo firmado. Foi difícil! (Tieta).*

5.2.1.2 O modo de ser-junto-com é aliado do descobrir-se em seus limites, do encobrir-se no impessoal para a promoção da saúde

Nessa temática agrupamos as narrativas nas quais interpretamos que os modos de compreender o mundo e os outros entes humanos ajuda na interpretação dos limites profissionais e possibilidades de ação.

O ser-junto-com os outros possibilita que Maquiavel, ao desenvolver vínculo, interprete a dificuldade do paciente trabalhador que fica paraplégico e é abandonado pela esposa. É isso que o faz se decodificar como ser que deve acionar pessoas para ajudar a pensar encaminhamentos para os problemas apresentados.

*[...] Ele trabalhava como desmatador e teve a queda de um tronco de árvore na medula e ficou paraplégico. Ele era casado, tinha três filhos. [...] Esse paciente tinha muito vínculo comigo, apesar de eu cuidar só da bexiga dele, eu era quase que confidente dele. Acho que naquele momento, tudo o que eu sei de bexiga neurogênica se anula! Naquela hora eu tenho que ser muito mais um ombro amigo, um parceiro dele; acionar pessoas que possam ajudar [...].*

Para Tieta escutar o paciente é ímpar:

*[...] eu vou cuidar aquela semana. Tenho a semana inteira para ele contar e desabafar. Se ele me perguntar alguma coisa da minha vida eu também respondo (Tieta).*

No caso de Homero, ações são necessárias para vencer situações de agravamento nas condições de saúde do paciente.

*A gente orienta [...] Eu internei um paciente, uma cirrose hepática. Ele teve uma doença renal crônica e teve uma insuficiência cardíaca. Teve internado no começo do mês e voltou agora em anasarca. Eu li a historinha dele; quando veio aqui estava com suspeita de tumor de fígado. [...] Pelo que a filha me falou: ex-alcoolista. Eu conversei com ela e já fiz medidas para reduzir o edema. Não tinha como fazer [promoção da saúde]. Ele está bem descompensado. (Homero)*

### 5.2.1.3 A promoção da saúde na temporalidade do ser-com: ganhos e lógicas da promoção da saúde no hospital

Na promoção da saúde o hospital propicia experiências diversas. Ludimila afirma:



*Eu acho que ter autoestima é qualidade de vida. Tem outubro, novembro falando da saúde do homem, não especificava na doença, falava sobre o papel do homem no parto e nesse momento isso mostrou certa importância. Isso diminui a violência doméstica, estreita os laços de pai, mãe e filho. Achei bem interessante porque fugia um pouco do habitual, que é relacionado mais a parte hospitalar, fugiu um pouco do tema, do principal, que tu vais para lá, mas vai falar de uma coisa diferente; que não é nosso fazer [...] (Ludimila).*

Mas para desenvolver a relação profissional no mundo da vida, há situações inusitadas:

*Geralmente os pacientes fazem [o tratamento médico] e ficam um, dois dias; você não cria aquele vínculo. Esse paciente já estava há mais de um mês: todo mundo já cuidou dele. Ele começou a conversar com a gente, contar da vida, o que ele faz, no que ele trabalha. Tu perguntas, para criar o vínculo com ele para ele confiar em ti: o que aconteceu com a tua perna? O que tu fizestes? Como é que foi teu acidente? A gente vai criando aquele vínculo [...]*

Às vezes a promoção da saúde acontece no hospital:

*Às vezes as palestras contribuem mais que os treinamentos para a promoção da saúde. São sempre relacionadas a um tema; como eu falei maquiagem, isso contribui de alguma forma (Ludimila).*

#### 5.2.1.4 O ente promoção da saúde destaca o ser-junto-com do profissional de saúde

Essa temática está agrupando as narrativas nas quais a ação de promoção da saúde foi interpretada como elemento para compreender o modo de ser dos profissionais de saúde junto de outros entes humanos.

*Agora esperando um resultado, uma alfa fetoproteína; ele internou agora porque ele está com distúrbio hidroeletrólítico. Ele está com uma insuficiência renal que agudizou; uma creatinina que foi para 1,97; estava em 50 e a ureia estava em 32 e passou para 103, da última internação. Ele fez já um hematócrito de 21 está 16,9 agora. Ele descompensou, está com uma anemia; uma hipernatremia: 152 de sódio e potássio 5,8, uma hipercalemia moderada já. E ainda está leve [...] eu já fiz para ele um beta 2, furosemda; distribuí um pouco de potássio; [...] um paciente grave (Homero).*

A promoção da saúde envolve outros sujeitos:

*Poderiam fazer outras coisas: um curso de beleza, de alimentação saudável. Acho que o hospital poderia trabalhar mais com a promoção da saúde dos funcionários. Falta um pouco dar atenção para eles (Ludimila).*

De acordo com Nurse, a promoção da saúde, ainda que não pensado formalmente acontece na instituição;

*Sempre procuramos promover o bem estar, disseminar conceitos de como melhorar a saúde. Tem algumas atividades que são voltadas para o próprio trabalhador; que não são apenas de capacitação, de técnicas; é de promoção da saúde, promoção de bem estar para o trabalhador e também, às vezes, para o acompanhante.*

*Teve uma vez uma ação promovida pelo grupo de trabalho de humanização. Foram faladas questões de referência à saúde, ao bem estar e de como promovê-lo. Tem o outubro rosa, que é uma das ações nas quais o departamento se envolve mais; também tem questões sobre alimentação e solicitamos ao Curso de nutrição, inclusive para ajudar a gente. Os médicos da casa vêm conversar sobre as questões de saúde junto com a enfermagem. Tratamos da questão da imunização (Nurse).*

Midwife considera ações preventivas de sequelas ou de adoecimento são promotoras da saúde.

*Promover a saúde é justamente isso. Ações que você realiza que vão prevenir e vão favorecer o restabelecimento ou evitar uma sequela futura, tu tens uma patologia já instalada, para que o individuo possa viver bem, ou para que ele não venha a se tornar um doente crônico ou para que não venha a se tornar doente. Acho que educação está bem inserida dentro disso; porque o cara que conhece os eu corpo, que tem informação, com certeza estará mais atento e em condições de cuidar da sua saúde, saber onde procurar um serviço que permita ele fazer isso. Você pode encaminhar o individuo também (Midwife).*

Na experiência da profissional há outros aspectos que ela acredita que são promotores de saúde no trabalho na instituição:

*Tem algumas coisas que promovem a saúde de todos: você estar feliz no trabalho; você estar bem espiritualmente e psicologicamente. Trabalhar feliz é uma prevenção, você está trabalhando me-*

*lhor. De alguma forma se desgasta menos e teu corpo cansa menos. Nós temos um setor que trabalha toda essa parte junto aos pacientes e junto aos funcionários, nós temos a ginástica laboral, que é uma prevenção de estresse que a gente faz (Midwife).*

Para Heráclito:

*O conceito de promoção da saúde é educação. Não adianta eu botar uma vacina se eu não ensinar ao sujeito as vantagens dessa vacina. Exames periódicos, não sei o quê, se eu não educar; não adianta eu ensinar para o sujeito que ele não deve comer glúten, não deve comer gordura trans e mais não sei o quê. Isso não é promover saúde (Heráclito).*

Trazendo de sua vivência sobre a promoção da saúde com a educação ele relata sobre o seu investimento nessa prática na instituição

*Fica como uma sigla que se assemelha aos outros institutos de ensino e pesquisa, [em grandes hospitais]. Eu achei que isso era um desafio, pelo menos igualar no nome, porque em realidade, a minha ideia é que ele fique melhor. Agora os desafios são criar programas de residência, programas de especialização. Criamos um programa de educação continuada (Heráclito).*

Epitáfio afirma que a promoção da saúde

*[...] voltada para o trabalhador teria que envolver o local de trabalho para que ele tivesse um ambiente agradável e com boas condições e uma boa formação. Porque uma boa formação é fundamental para ele ter um bom desempenho. Ter um nível de estresse menor (Epitáfio).*

São exemplos:

*Trabalhar num ambiente climatizado para te dar aquele conforto e não se preocupar com aquele calor; está frio; está gelado. Tudo isso é promoção da saúde. E aliado a um suporte para aqueles que estão descompensados (Epitáfio).*

Antonio conta a sua vivência:

*O plantão retrasado não saiu nenhum profissional do setor; a gente até conseguiu parar uns dez minutinhos para fazer esse alon-*

*gamento ali no posto de enfermagem mesmo. Eu parei o trabalho para dar uma atenção para o profissional que estava ali; vem com boa vontade. No final estava todo mundo dolorido, só de fazer uns movimentos com elástico. O pessoal já fica naquela expectativa: será que ela virá hoje? Não virá? [...] tem dias que não dá para fazer; o pessoal fica meio frustrado (Antonio).*

De acordo com Bárbara a promoção da saúde no hospital envolve

*A higienização das mãos em paciente isolado, porque tu evita a disseminação. Aqui a gente lida muito com bactérias multirresistentes, então se você não faz o seu papel, você acaba proliferando. Não adianta ter a divulgação se eu não sigo os cinco passos de lavar as mãos, o uso conforme a plaquinha que está no quarto, de aparatos para poder entrar. A orientação dos visitantes que estão entrando nos quartos em isolamento, às vezes a gente está passando, eles também não sabem e a gente orienta. [isso promove saúde no hospital] diminuindo a disseminação das bactérias, diminuindo o “andar” delas de um paciente para o outro (Bárbara Reis).*

Também orientações voltadas a desempenhar atividades com os pacientes é o foco da promoção da saúde no hospital para Cleópatra que considera que é viabilizada no hospital ao

*....oferecer recursos que permitam o conhecimento, facilitando a melhoria do atendimento ao próximo (Cleópatra).*

Ela explica que participou numa atividade de

*Orientação sobre a indicação do uso de cadeira de rodas para pacientes que têm paraplegia, tetraplegia. Eu imaginava que para todo tetraplégico tinha que ser uma cadeira toda cheia de apoios; toda cheia de suportes, quando na verdade não. Ficam dois custos: essa cadeira mais equipada e daqui a dois meses já precisaria de outra coisa (Cleópatra).*

## 5.2 Discussão

Nesse texto interpretamos as narrativas com a literatura sobre a fenomenologia hermenêutica ontológica de Heidegger, articulada com a hermenêutica de Gadamer e específica da promoção da saúde. Iniciamos

com os diálogos no tópico sobre educação no trabalho e na sequência aqueles de promoção da saúde no hospital.

### 5.2.1 A educação no trabalho desenvolvido no hospital em análise.

Sobre a impessoalidade manifestada nas narrativas como nos diz Heidegger, às vezes, ser-no-mundo nos envolve de maneira que não nos compreendemos em nossa individualidade e partilhamos de modo impessoal nosso viver com os demais entes. O modo de viver no cotidiano do ser humano se dá de maneira que ele não tem consciência de seu ser mais próprio. Então ele vive como todos vivem, faz o que é aceito. Nesse modo de ser ele passa a viver o *eles* ou o *a gente*.

Enquanto conta uma vivência de educação no trabalho Nurse usa termos do modo impessoal de ser. Uma forma que a ocupa do trabalho, não permitindo que se perceba como existente. Maria, ao vivenciar uma dificuldade de falta de orientação no serviço quanto à tomada de conduta com o doente e compreendendo a importância dela se expressa impessoalmente.

Quando Nurse fala de ‘a gente realizar um treinamento’ entendemos que é um mecanismo de dizer de outros profissionais na instituição que pedem treinamentos como forma de produzir modificações no trabalho. Ao dizer que ‘a gente sempre acha que não vão dar credibilidade’ ela relatava certa dificuldade para planejar a ação educativa para determinado grupo profissional, por considerar que estes criticavam negativamente o condutor do ensino-aprendizagem que não mostrasse segurança no desempenho da atividade. Esse ‘a gente’ pode significar um distanciamento propiciado pela condição de trabalho e relações desenvolvidas com os demais trabalhadores.

No posicionamento de Maria encontramos a manifestação do impessoal, que implica um modo de ser no mundo interpretando-se como os outros. Maria fala com insatisfação e tristeza a condição em que vários obstáculos aparecem. São ligados a estrutura física, a falta de comunicação e solidariedade no trabalho pelos colegas. Quando ela diz ‘a gente queria isolamento para o paciente’, ‘a gente colocou máscara’ ‘a gente foi questionar’, todos parecem indicar que quando há incertezas o impessoal as alivia. É então que ‘a gente faz de melhor’ com o paciente é questionado.

Já Cleópatra se esbarra na dificuldade em lidar com condições de vida e morte dos pacientes em atendimento. Ao se expressar de modo impessoal pode encontrar forças para recordar a vivência e justificar a identificação com a situação do outro (*Mitdasein*).

As situações difíceis que requerem orientações e conforto emocional da profissional poderiam ser amenizadas com momentos de discussões oficiais no hospital. E como se percebe, não é uma situação que envolve tecnologia cara nem recurso financeiro. Uma oportunidade para o debate e convívio com profissionais de outras especialidades no enfrentamento de situações limites da vida no trabalho.

Maquiavel quando inicialmente abordado sobre os resultados de participação nas atividades responde com o modo de ser da impessoalidade. Porém, quando instado a falar mais sobre isso, ele lembra características próprias na reflexão afirmando que é a educação no trabalho que tem possibilitado resolver dificuldades na assistência ao paciente.

Maquiavel acredita que é preciso ter medida para dimensionar a aprendizagem. Quando percebe que não é necessária, a vivência no seu cotidiano mostra que ele teve progressos. Para afirmar isso ele parece despertar o ser-em-si manifestando-se em primeira pessoa, com firmeza e tranquilidade nas afirmações. Quando Antonio expressa a angústia por entender que sua ação no trabalho é limitada frente ao que aprendeu em sua formação continuada no hospital também se expressa de modo impessoal.

Expressando-se como a *gente* o ser-no-mundo está mostrando uma inautenticidade; não se apropria de si e está ligado a crença de algo que existe antes do ser do humano no mundo. Lembramos que o mundo e o ser estão correlacionados de modo inseparável. Essa impessoalidade acontece em virtude da absorção do ser-no-mundo nas coisas do mundo e o ser-em-si é inundado de conceitos disponíveis em sua cultura (SALZEDAS, 2011; WU, 2002; 2012a, b; KAHMEYER-MERTENS, 2015).

Nos relatos ‘a gente realizar um treinamento’, ‘a gente sempre pensa’, ‘as ferramentas que a gente dispõe’, ‘a gente se barra’, ‘a gente também sente’, parecem um início de reflexão para inserir novas experiências no viver de Nurse. Ou mesmo expressar uma relação de afastamento das funções a desempenhar na profissão que o serviço exige em determinadas situações, como no caso de Antonio. Então ele expressa um modo de ser-no-mundo como um modo de estar-aí envolvido com os demais. De outra forma, exploramos se não se trata de uma maneira de se imiscuir de algo que não se concorda, no caso de Antonio.

Ainda com relação à fala de Antonio, ele destacava atividades de treinamento na instituição que o deixavam inconformado. São treinamentos institucionais e normas que o obrigam a não ultrapassar os limites ético-legais da profissão e seguir a regra institucionalizada, ainda que seja questão de saúde pública. As atividades educativas realizadas, conforme o participante envolvem técnicas de demonstração, no próprio

paciente, o procedimento realizado por profissional com habilidade manual suficiente na instituição. Nesse sentido questionamos como tem sido o envolvimento dos sujeitos nas ações educativas no trabalho e o que elas vêm propiciando.

Sobre a relação ensino-aprendizagem destacamos que ela é mediada por profissionais e pela didática, isto é o objeto, o conteúdo, meios e contextos se conectam propiciando compreensão, elaboração e aplicação. Junto disso está ligada à motivação e disposição dos sujeitos envolvidos. Estas duas últimas favorecem a troca entre quem ensina e quem aprende, com a mútua aprendizagem (RANGEL, 2009). De certo há aprendizagem e certo constrangimento pela narrativa do profissional que faz por respeito às regras institucionais e contra seus preceitos. Algo que mereceria ser abordado na instituição para além das normas e convencimento.

Encontramos também modos de o ser-em-si se mostrar, essas focalizadas no item “O ser-no-mundo interpreta a educação no trabalho que gera expectativas, muda destinos e desperta o ser-em-si”. A partir da análise das narrativas encontramos manifestações de um modo de ser autêntico em si mesmo. *Dasein* só é inautêntico por ter a possibilidade de ser autêntico, já que *Dasein* é ‘sempre meu’; este ao se dirigir a algo ou alguém e ser abordado o é por ‘eu’ ou ‘você’. Por ser ‘meu’ é possível perdê-lo ou compreendê-lo já que o fato de ser meu não necessariamente implica que seja próprio. *Dasein* ainda não se apoderou de seu ser exclusivamente ou se perdeu de sua autenticidade (INWOOD, 2002).

Essa perda se dá na ocupação. Ao se entregar ao mundo caindo em ocupação ele é absorvido de maneira que se esquece de si mesmo como ente autônomo e passa a interpretar a si mesmo em função de suas preocupações. Dessa feita, cada um é o que faz. Esse distanciamento de si mesmo chega ao extremo de *Dasein* se interpretar como um ser-simplesmente-dado e com o qual só é possível lidar via as suas preocupações. (INWOOD, 2002). Mesmo assim *Dasein* ainda se ocupa, se importa de seu ser, por isso ele é cuidado.

A inautenticidade é apenas uma forma modificada de cuidado, o que o faz sempre na possibilidade de retomar o seu modo de ser autêntico. *Dasein* inautêntico fala de si mesmo como um eu, referindo ao impessoal, que é um si-mesmo em função do mundo. Para olhar para o si-mesmo-autêntico é preciso olhar o *Dasein* na propriedade do ser como cuidado. Ser autêntico é fazer sua própria coisa e não o prescrito pelo impessoal, que endereça certa neutralidade em relação às coisas. O fato de ouvir seu interior, que é sua abertura primária e autêntica faz *Dasein*

buscar sua autenticidade, o seu próprio poder-ser. Ao esconder-se no impessoal há certa nulidade de *Dasein* (INWOOD, 2002).

*Dasein* tem uma culpa existencial devido ao “ser fundamento de um ser determinado por um não”, conforme Inwood (2002 p.23). O cuidado tem tripla estrutura: lançamento, existência e decadência; no estar lançado *Dasein* é subtraído da responsabilidade de sua entrada no mundo e a situação na qual se encontra. Lançado no mundo é a condição de existência e da decadência. Ao existir *Dasein* precisa tornar seu ser e está lançado em suas possibilidades de ser. Sem regras ou orientações que o guiem; é pura possibilidade. Dada a condição de possibilidades, a escolha de uma necessariamente põe de lado as demais e, ao ser lançado no mundo fundamenta a decadência, a queda de si-mesmo para o impessoal (INWOOD, 2002).

Uma coisa nunca ‘é’ em si mesma, pois que o ser-no-mundo a toma pelo seu para-quê; isto é, a sua utilidade. Assim o ser-no-mundo se ocupa das coisas que lhe surgem à compreensão no seu fazer cotidiano, dotadas de função (HEIDEGGER, 1987).

Embora essa percepção, há momentos em que o ser-no-mundo se questiona sobre o seu ser; sua origem e o que tem feito. Nesse instante de abertura ele compreende a vida e a maneira como tem vivenciado a experiência no mundo. Assim se percebe enquanto ser-para-a-morte, e nessa finitude, ele se angustia por seu futuro e reavalia seu modo de viver. Passada a angústia, ele pode retomar o que vinha fazendo ou tomar outro caminho.

O ser-em-si é a possibilidade mais originária de *Dasein*. Este tem como modo fundamental de ser o compreender já que é um ser que está e é no mundo; tem conhecimento do que acontece consigo no cotidiano graças a sua situação de abertura. Nesse aspecto, *Dasein* em sua estrutura de compreensão é projeto, possibilidade e sentido (BARRAGÁN DÍAZ, 2012).

O poder-ser dá sentido ao *Dasein*; da possibilidade no que ele quer ser e ele tem pode escolher não ser autômato, decidir em qualquer momento o que ele pode ser. Simultaneamente essa possibilidade o limita, pois que, só pode escolher um modo de ser. Nessa dinâmica constante *Dasein* é um ser em permanente realização (BARRAGÁN DÍAZ, 2012).

Na hermenêutica existencial a interpretação é um modo de explicitação de um modo de compreender. Logo, quando *Dasein* se expõe está aberto às diversas possibilidades que lhe chegam e aos distintos modos de ser aos quais ele pode chegar. É a exposição que possibilita



mostrar e ocultar os modos de ser a partir de suas possibilidades (BARRAGÁN DÍAZ, 2012).

Ludimila em seu pré-reflexivo não disfarça o desapontamento e expressa o ser-em-si pensando no futuro. A educação no trabalho gera expectativa de construir conhecimento e faz com que Ludimila expresse o que o seu ser mais deseja nas atividades educativas: conhecer coisas diferentes. Quando ela expressa ‘eu esperava bem mais’, ‘fui com a expectativa’ ‘eu vou aprofundar’ mostra modos de ser-em-si nos quais se apreende que a profissional de saúde, ao ter frustradas as expectativas, se desanima. Esse pode ser um motivo que resulta em ausências nas atividades educativas institucionais.

Recordando a temporalidade heideggeriana, essas razões constituem elemento para que o setor de ensino pense em formas de abordagem dos temas e reflita sobre o que e como é necessário oferecer ao profissional. Planejar a atividade e objetivos não apenas reduzidos a apresentar as inovações por si, mas de como se articular para modificar práticas de assistência e do impacto do seu uso no cotidiano de trabalho.

Na forma que vem sendo trazido o passado para Ludimila, a ação educativa cumpre apenas o seu papel de ser uma coisa desnecessária, dada em si mesma; não faz diferença participar ou não. Pelo contrário, Tieta expõe o seu ser-em-si quando a educação no trabalho, articulada com as demandas assistenciais, possibilitam ao ser colocar em prática o que foi ensinado.

Ao dizer ‘eu corri para o corredor, chamei o pessoal e pulei em cima dele’ Tieta em seu ser reafirma o domínio de um saber que foi propiciado pela prática em treinamento. Este realizado em laboratório de simulação do qual ela participou massageando um boneco adulto. Foi uma surpresa; depois de um dia todo de teoria, colocar em prática o que fora discutido. Mas a didática foi desenvolvida de maneira que a fez vivenciar o estresse existente numa situação de emergência.

Essa condição foi ímpar para a sua conduta e resultado dela: o paciente não foi a óbito. Essa é a condição fundamental para desenvolver as habilidades manuais no hospital, conforme nossa interlocutora: afastar a morte. É ao pensar a finitude do outro que Tieta se dá conta que não é profissional formada e preparada para enfrentar situações de óbitos de pacientes no setor.

Quando Tieta se des-encobre profissionalmente dessa maneira pode estar implícito um pedido de ajuda no sentido de outros conhecimentos e auxílio de atenção no cotidiano de trabalho no hospital. Afinal é na angústia que o ser-em-si tem a oportunidade de enxergar o seu ser mais próprio e reavaliar seu modo de viver.

Para des-velar o seu modo de ser-em-si o sujeito reflete a vivência do fenômeno educativo. Para Maquiavel a educação no trabalho multidisciplinar ajuda na troca de experiências e a assistir os pacientes com distúrbios motores, para os quais ele aciona profissionais de outras especialidades visando compreender e dar seguimento ao que ele acredita ser necessário. A educação no trabalho também possibilita que o profissional compreenda as dificuldades enfrentadas pelos pacientes em função de sua dependência geral; ele se sente responsável pela reinserção do outro no cumprimento de papéis na sociedade: trabalhar, estudar, viver. Em outras palavras, o que a ciência dividiu o profissional tenta integrar.

Ao relatar as condições nas quais se encontrava o paciente, Maquiavel não se atem ao fator doença; o que mexe com ele é a possibilidade de alguém jovem ter perspectiva de futuro tão limitada. É quando o seu ser-em-si se manifesta e ele corta vínculos desnecessários junto com o outro. O ser-no-mundo precisa sentir-se no mundo e participando ativamente dele. Ainda que aconteçam incidentes que o limitem, é dever do ser-profissional-em-si ativar todas as suas possibilidades para reduzir a limitação do outro. A educação no trabalho deve fazer o ser-no-mundo refletir o seu ser próprio e, com isso, compreender-se como o ser-junto-com outros humanos.

Mas quando o trabalho não oferece condições de ensino-aprendizagem é preciso procurar mecanismos que supram as necessidades do cotidiano, afinal as exigências do trabalho direcionam o ser-no-em suas escolhas. Homero, a partir de interesse próprio, busca atividades que o ajudem no trabalho diário. Em algumas situações o profissional faz o que pode e depois reflete os riscos. Ao dizer o seu cotidiano Homero encontra o ser do outro inanimado, que não é uma coisa e, como humano, ele faz o que o exercício profissional demanda.

Homero conta que ao assistir o jovem em coma ele não mediu esforços para tirá-lo da condição. Examinou, acompanhou, pediu exames e avaliou. Atuou para manter-lhe a vida. Essa situação de finitude o faz manifestar o seu ser-em-si conduzindo o tratamento do outro que, jogado no mundo, vem ao seu encontro.

A formação continuada que tem buscado externamente o ajuda a recordar o aprendido no passado: há riscos que o profissional passa no cotidiano de trabalho que precisam ser considerados na instituição dando segurança ao trabalhador no dia-a-dia. Triste ele recordou de situação onde as luvas de proteção eram escassas na instituição; que precisava 'correr' para disputar materiais no hospital para executar suas funções; que o otoscópio, ora não funcionava por estar com defeito, ora não tinha

pilha. Era uma situação de penúria que dificultava o atendimento do paciente conforme as suas necessidades. Como agir? Deixar de fazer o exame. Uma saída que se ajusta com a falta de recursos.

E voltando a tratar do jovem que tinha atendido ele expressava que a sua preocupação terminou dois dias depois: “era álcool mesmo que ele tinha consumido durante quase 24 horas!”

Trazer o tempo vivido faz lembrar as emoções e vivenciá-las como se fosse presente. Cleópatra tinha os olhos úmidos ao lembrar a vivência na qual a educação no trabalho é basicamente viver e ir trocando experiências com colegas especialistas. O ser-no-mundo, quando consciente de si se expressa de modo pessoal. Cleópatra compreende o outro em seus limites: o que foge da rotina profissional. Discutir com colegas que têm conhecimento a faz interpretar-se em seus limites no controle da vida e morte do outro. Isso faz com que ela se coloque no lugar do paciente e compreenda o seu sofrimento. Parece que a formação que ela busca com colegas permite que ela assista o sujeito fazendo exatamente o que aprendeu que deveria combater: a inatividade, o pouco movimentar-se.

Heidegger alerta que o ser-no-mundo é um existencial para o qual as ciências naturais atribuíram papeis. Entretanto, como o ser potencial que é, essa ciência o impõe limites: ser simplesmente dado, como são tratadas as coisas no mundo cotidiano. Fazer oposição a essa característica vivendo de modo consciente e sendo-em-si-mesmo é que descobre a sua verdadeira essência (WU, 2002).

Verificamos no tópico “a compreensão da educação no trabalho como uma coisa dada ou invisível que ajuda a lembrar do outro” que compreender-se faz o profissional se lembrar do outro a partir da atividade que ele interpreta em seu modo simplesmente corriqueiro. Como aponta Heidegger, vivemos de tal modo no mundo que, ao nos compreendermos na impessoalidade, fazemos o mesmo com os demais entes. Estes são compreendidos a partir da sua manualidade ou utilização e sempre são coisas-para. As coisas são entes disponíveis; à mão. Também é o evento, o assunto ou qualquer acontecimento.

Interpretamos na fala de Ludimila que a incerteza sobre o momento de realização da atividade guarda certa distância da prática com a participante. Em sua narrativa, a educação no trabalho é algo que mesmo planejado para ocorrer no local de assistência, embora tendo resultados, é interpretado como ‘passar alguma coisa rápida’. Portanto, a concepção passar informativo em reunião no setor não é muito significativa enquanto dinâmica educativa.

Os resultados atribuídos por ela ao final da fala podem estar associados com o medo advindo do cuidado com surtos da bactéria nos hospitais no país e que foi amplamente noticiado pela mídia impressa e televisiva. Passar as coisas ali mesmo e de maneira rápida, essa é a forma que compreende Ludimila de uma ação que não ensina, mas que tem o potencial de ser lembrado e mantido no dia-a-dia, pois ela informou continuar atenta ao que fora orientado naquela oportunidade. Mas a educação no trabalho em si-mesma é uma ausência sentida e que causa certa confusão nos profissionais.

Maria, falando a respeito de uma situação na qual ela deveria manter o paciente em isolamento, e também para seguir a solicitação médica questiona porque não foi orientada quanto a temporalidade do seu saber. Estava desatualizada, pior, o outro, que estava atualizado quanto ao saber estava ultrapassado nas atitudes.

Notamos a inconformidade de Maria ao expressar a dificuldade na assistência ao paciente devido a falhas nas atividades de educação no trabalho. Ao trazer para o presente essa vivência, ela dizia que há certos setores e horários de trabalho no hospital que os profissionais são esquecidos, como se fossem dois hospitais distintos. Às vezes os profissionais desinformados mantêm práticas já obsoletas que acabam por deixar mais evidente a falta da avaliação da atividade desenvolvida com os profissionais. Também nos remete a compreensão de que a formação continuada em serviço tem como função trabalhar com os profissionais essas modificações.

Por outro lado, fica o questionamento da credibilidade dada ao ensino no hospital, que mesmo sendo informado, o profissional mantém sua crença. Certamente essa se constitui uma importante indicação de elemento a ser desenvolvido com vistas ao desenvolvimento do hospital promotor da saúde. Entendemos que mudanças no modelo de desenvolver a educação e orientação dos profissionais abordando-os em grupos multiprofissionais pode reduzir essa intranquilidade e desconfiança entre eles.

Mas a sensação de abandono é um acontecimento mais comum. Ao trazer a sua vivência Cleópatra se mostra ativa buscando, mesmo de modo impessoal, o que se constitui em uma coisa específica para a profissão.

Em sua colocação a participante deixa clara a necessidade de educação no hospital específica para a categoria profissional. Participar daquelas oferecidas para grupos específicos deixa a desejar, ainda que alimente o desejo pelo saber. Um aspecto a ser abordado para desenvolver outras maneiras de se educar no trabalho, as ações com os pacientes

são multiprofissionais, mas há momentos que a especialidade deve ser privilegiada, inclusive nos grupos interdisciplinares.

Na fala seguinte ela esclarece como supre essa demanda no dia-a-dia: são as reuniões informais com colegas de trabalho e pesquisas eletrônicas que mesclados constroem um saber fazer e lidar com o ser-para-a-morte.

Quando a participante relata ‘sinto falta disso’, ‘não tem nada’, ‘eu sinto de alguma coisa que está faltando’ compreendemos que há um apelo para que a instituição supra as necessidades dos profissionais na assistência. Indica que ela vai se ajustando em seu modo de ser conforme é o modo de ser da coisa hospital e de forma semelhante, a adequação para tratar o paciente da melhor maneira, ela busca conteúdos em fontes que estão disponíveis: a rede de computadores, os livros, os colegas de trabalho.

As situações nas quais interpretamos uma preocupação com o outro, são destacadas no item 4 dos resultados relativos a educação no trabalho. Heidegger menciona a preocupação como um dos caracteres estruturais do ser-em-si, do cuidado (INWOOD, 2002). Ocupação e preocupação são constitutivos do cuidado. No cotidiano *Dasein*, ao vivenciar com outros *Dasein* tem como modo de ser o cuidado. Quando encontra outro ser igual a si, esse cuidado toma modo de ser da preocupação. Essa pode ser autêntica, onde de modo libertador ele ajuda o outro a ver a si-mesmo e voltar-se ao cuidado, a se firmar sobre os seus próprios pés.

Ainda nesse modo de ser da preocupação, afirma Inwood (2002) ela pode ser inautêntica, que é dominante e imediatamente livra o outro do cuidado; em sua preocupação se coloca no lugar do outro e atravessa os obstáculos por ele.

Quando Midwife acompanha o profissional ela percebe a dinâmica de trabalho deste e comparando-a com a existente no hospital ela compreende que o problema está ligado a ritmos mais acelerados de assistência que o hospital requer. Embora ela use o impessoal durante a fala, mostrando que essa é uma postura da instituição, se ajusta e indaga: será que estou dando conta? Ela percebe o outro como ser humano que está ali e precisa de ajuda, seja para permanecer e ajustar o ritmo de trabalho seja para perceber que não acompanha o exigido. Midwife mostra uma preocupação autêntica ao ser-junto-com o outro.

Mas há formas que a preocupação se manifesta inautenticamente e o ser-em-si se frustra porque a finitude e a luta do outro de certa forma lembram o próprio futuro. Na vivência relatada Cleópatra recordava que o tempo vivido, tão presente a fazia se emocionar e reviver

aqueles sentimentos de convivência com a situação de terminalidade experienciada com a paciente. Essa paciente era uma jovem mãe, eram duas crianças que ficariam sós. Ela lembrou que o que mais causou impacto foi a evolução tão rápida para o óbito da paciente.

Embora instado a contar uma vivência com profissionais de saúde, Heráclito considera que outros sujeitos tenham mostrado de modo mais urgente serem atendidos. Na narrativa os modos de ser “escrever os planos”, “ter memória” e “ensinar” são destacados.

Heráclito demonstrava felicidade ao trazer de seu pré-reflexivo uma atividade que para ele foi prazerosa, na qual ele envolveu os outros e conquistou-os na situação de ensino-aprendizagem. Ele ensinou as etapas de um plano e guarda na memória que ensinar o que é preciso, quando é necessário traz bons resultados. Ele mostrava contente vários projetos em andamento e os planos feitos nos anos anteriores. Ele compreende que a educação no trabalho efetiva é aquela que é desenvolvida com os sujeitos quando aparecem as dificuldades.

Refletindo essa condição lembramos que a educação no serviço tem certo alcance para enfrentar as situações de trabalho; que não se pode limitar a ofertas diante de dificuldades do trabalhador, o que pode leva-lo à compreensão de que sempre estará em dificuldade ao ser chamado a participar. Os modos de ser de Heráclito são manifestados como “gostar”, “ter” e “fazer”.

Em seus modos de ser, Tieta considera importante que a instituição planeje momentos para os profissionais recordarem seus saberes. Nessa fala ela dizia que dois dias após fazer o treinamento um paciente que estava sob seus cuidados teve parada cardiorrespiratória. Mesmo há pouco tempo na unidade de trabalho Tieta considera que essas atividades oferecidas a preparam para enfrentar o dia-a-dia na unidade de internação. Noutro momento ela afirma gostar dos treinamentos porque por meio deles ela é lembrada que para desempenhar bem as ações junto do outro não se pode atuar de modo mecânico.

Manifestando o modo de ser impessoal Nurse vivencia o planejar sobre o que está sendo requerido, o chamar parcerias externas e conversar de modo a expor as necessidades é como se relaciona o ser-no-mundo com os demais e com a educação no trabalho.

O que trazem as falas sobre a educação em serviço com profissionais de saúde no hospital é que existe uma hierarquização de atividades e as prioridades são aquelas que demandam necessidades da instituição. Algumas vezes são para cumprir a sua função máxima: oferecer assistência aos pacientes; noutras, se fortalecer para enfrentar as disputas pelo mercado da doença e lidar com os custos dessas escolhas. A preo-

cupação no hospital com os profissionais é ausente nas narrativas sobre a educação e a inserção social desse espaço, via atividades educativas no serviço é tímida e raramente lembrada.

### Algumas reflexões

Nesse item interpretamos o pré-reflexivo dos participantes com relação a educação no trabalho. Esta foi desenvolvida sob a orientação da fenomenologia hermenêutica de Heidegger e destacamos os modos de ser de *Dasein*. As idas e vindas aos textos narrativos foram propiciadas pela hermenêutica filosófica. Estes acabam por desvelar os modos de compreensão desses profissionais sobre a educação no trabalho.

Compreendemos que são olhares sobre o fenômeno que podem auxiliar na organização das ações educativas no hospital com vistas a torná-lo promotor da saúde. Para dar conta de atividades com os profissionais de formação de terceiro grau o que funciona na prática é capacitação com exposição dialogada de conteúdo teórico seguido de execução da técnica em laboratório. Os ministrantes precisam estar afinados e mostrar domínio do conteúdo.

Se não há um movimento oficial de avaliar a atividade esta acontece informalmente a partir de comentários dos aprendentes, que determina outros caminhos. Logo, é preciso agradar o público alvo nos aspectos de logística, domínio técnico e didático. Os profissionais participam massivamente quando há uma ordem superior, quando todos os profissionais presenciam.

Os modos de ser aqui apresentados são alguns entre os vários que surgiram nas conversas e leituras e serão apresentados oportunamente. A temporalidade do ser que vivencia a educação no hospital é um tempo de viver o presente avaliando o passado com vistas a situações futuras. Muitas vezes essa é a razão de ensinar. Mas será que poderiam ensinar para os sujeitos melhorarem seu ambiente e sua saúde?

#### 5.2.2 No hospital qual promoção da saúde?

A reorganização dos serviços hospitalares tem sido instada desde a década de 1990, e no Brasil, experiências em hospitais de Minas Gerais e de Brasília, foram desenvolvidas com enfoque na gestão dessas instituições. Embora os percalços verificados por Cecílio (2004), consideramos atividades que mobilizaram o tempo dos gestores e trabalhadores na instituição como instigadoras de mudanças. Esse tempo vivido se

refere à temporalidade heideggeriana, na qual o passado é sempre elemento de avaliações pelo ser-no-mundo.

Com relação à reorganização dos serviços de saúde, orientada pela Carta de Ottawa para a promoção da saúde da população há entidades cuja predominância desse tema se centra no incentivo aos hospitais nos sistemas de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) na Europa e outras regiões vêm orquestrando orientações para que estas entidades superem os modelos focados na cura das doenças implementando ações do Hospital Promotor da Saúde (GROENE, GARCIA-BARBERO, 2005).

A rede de Hospitais Promotores da Saúde na Europa tem por finalidade tirar o hospital do isolamento. Estratégias para isso foram indicadas em 2001 para essas organizações com relação aos demais serviços de saúde, comunidade, meio ambiente, pacientes e seus familiares e trabalhadores (JOHNSON, BAUM, 2001; GROENE, GARCIA-BARBERO, 2005).

A promoção da saúde no hospital se justifica pelas reinternações de pacientes com agudização de processos crônicos, envelhecimento populacional com aumento de doenças crônicas não transmissíveis, alto custo da assistência hospitalar, produção de elementos potencialmente nocivos ao ambiente e, paradoxalmente, não se ocupa da saúde de seus trabalhadores, entre outros (GROENE, 2006).

Conforme a OMS são condições para ser instituição promotora da saúde a criação e manutenção de espaços saudáveis de cuidados de saúde, para além do tratamento e prevenção das doenças e a promoção da saúde positiva, desenvolvendo orientação ao paciente para que ele possa controlar fatores que influenciam sua saúde; tenham a participação em comunidade; produzam locais de trabalho saudáveis para os profissionais de saúde e que sejam organizações sustentáveis e saudáveis (SILVA, 2009).

No Brasil, o nascedouro da promoção da saúde no hospital seria a educação no trabalho com profissionais de saúde, assentada politicamente na Política de Educação Permanente para os Profissionais de Saúde (PNEPS). Nessa seção vamos discutir como os profissionais de saúde compreendem a promoção de saúde nas organizações hospitalares que têm vínculos empregatícios.

No tocante ao cotidiano de trabalho a promoção da saúde é uma prática que se faz por diferentes meios mostrados nas vivências na promoção da saúde no hospital. O homem se encontra no mundo como um modo de desvelamento do ser; enquanto um ente que se diferencia de objetos, é um intramundano, é ser-no-mundo, o ser da presença. Os



demais entes são descobertos pelo ser-no-mundo, a partir de seu caráter de manualidade, que corresponde ao seu ser-para. Justamente por se distinguir dos outros entes, o ser-no-mundo tem o caráter da abertura, possibilitando-lhe escolher os seus modos de ser (CASTRO, 2011).

Mas como expõe Heidegger, o ser-no-mundo vive em situação de velamento desvelamento de tal forma que, ao se desvelar um modo de ser os demais ficam velados. Ele tem os modos básicos de ser-em-si (*Dasein*), ser-junto-com e ser-com. O primeiro se refere a si próprio, consciente de seu ser; o segundo nas relações com outros *Dasein* e o outro com as coisas. O caráter de abertura possibilita ao ser-no-mundo descobrir o que está encoberto nos demais entes intramundanos. Assim um martelo é compreendido no seu modo-para bater pregos, para fazer a cerca para proteger a casa e assim por diante. Compreendemos o *Dasein* como o ser próprio do humano; diferente dos demais entes e das coisas. (CASTRO, 2011; SCHIMIDT, 2012).

E como o ser-no-mundo descobre as coisas no mundo?

Pela circunvisão; esta é uma visão prévia que o homem tem das coisas a partir de sua utilização, definindo assim os modos de ser desses entes à medida que eles vêm ao seu encontro.

Os modos de ser do humano são decorrentes de sua afinação em determinado humor, nomeada de disposição. Esta o estrutura em sua abertura para o mundo. Portanto, é essa afinação que permite a relação do homem com o mundo e o modo como capta o mundo dirige o seu humor (CASTRO, 2011).

São vários modos de ser de *Dasein* como: entender, escolher, criar e outros que se manifestam em cada caso; são os existenciais.

Na narrativa da vivência, quando Maquiavel relata ‘cuidar’, ‘sei’, ‘saberia tratar’ e ‘tive que usar’ ele se revela como o humano que percebe que os conhecimentos a respeito de doenças são importantes para a sua atuação e que são enriquecidos com aquele de outras áreas, quando se relaciona com histórias sociais de vida. Mais que a limitação física do paciente, ele ouviu o sujeito em sua necessidade e se sensibilizou com a condição familiar dele. A existência do vínculo entre profissional de saúde e paciente foi o fator central para essa experiência.

O ser-em-si ao se manifestar percebe que o profissional que ele é, vindo dos constructos do mundo da vida, um médico urologista, é um modo de ser dado que necessita de outro conjunto de conhecimentos mundanos para lidar com as necessidades dos pacientes. Para tal, o ser-no-mundo, como um ser de abertura, se compreende e compreende os outros em seu contexto e modo de ser na vida fática. Se solidariza e

evoca a participação de colegas para encontrarem juntos o melhor caminho.

Nas expressões ‘ser abandonado’, ‘para cuidar’ e ‘fugiu’ em seu modo de ser-com as coisas revela que tratar a doença é mais fácil que tratar de situações da vida como ela acontece no mundo.

Também acreditam que desenvolver o vínculo promove saúde dos pacientes Maria e Tieta. Maria diz que há maneiras de agir para promover a saúde no hospital. Estas são dirigidas aos pacientes e profissionais de enfermagem que trabalham com ela. O desenvolvimento de vínculo com o paciente é fundamental como estratégia.

O ser-em-si se manifesta como modo de ser de Maria nas expressões ‘perguntei’, ‘falou’, ‘disse’ e ‘brinquei’. Compreendemos que ela se identifica com a situação de sofrimento físico do paciente e isso a faz posicionar-se diante do mundo da vida como alguém que se solidariza com as pessoas no hospital que, embora estejam internadas em leitos próximos, precisam de um contato mais humano com os profissionais de saúde, que ali têm o poder de dizer o que o sujeito pode ou não fazer.

A forma de expressar o tratamento ‘foram colocados’ e ‘foram 80%’ distanciam Maria daquela situação que causa a dor no outro; é seu modo de ser-com as situações no mundo diante de uma condição que é aquela e não há o que mudar. Para enfrentar seu modo de ser-com ela se posiciona como ser-em-si desenvolvendo ações para que o outro possa expressar suas angustias, que vemos nas expressões ‘brinquei’, ‘criar vínculo’, ‘vou esquecer’ e ‘adoro trabalhar’.

Portanto, acreditamos que ao promover a saúde no ambiente hospitalar com os profissionais de saúde, temas de vida e morte, vínculo e compaixão poderiam ser abordados por meios pedagógicos que os levasse a posicionar-se com suas experiências e limites, cujo objetivo seria estimular a mudança no ambiente de trabalho e da saúde desses sujeitos. Como atividade, também, fornecer o suporte necessário para mantê-los saudáveis.

Para Tieta criar vínculo às vezes pode ser problema no hospital. Isso porque o paciente e o profissional têm uma relação de amizade e algumas vezes essa situação a faz lidar com os limites em sua crença de vida. A criação de vínculo inclui dialogar com o paciente conhecendo os motivos da internação e, visando manter o diálogo, contar de seu próprio viver. Isso é importante para cultivar o vínculo.

O impessoal presente nas expressões ‘a gente’ e ‘tu já sabes’ de Tieta podem indicar um comportamento que indica a fala comum no hospital, talvez um discurso para levar os profissionais a compreende-

rem seu papel no desenvolvimento da assistência cotidiana sobrepondo o modo de fazer habitual.

A criação de vínculos aqui se relaciona com aproximar-se mais do vivido pelo outro com vistas a reduzir o estresse da hospitalização; aspecto esse importante, especialmente em períodos prolongados de internação. Desempenhando a função assistencial, o vínculo permite que se organize o trabalho e, concordando com Cecílio (2007), pode ajudar na compreensão do outro que está sendo cuidado.

Quando se manifesta em primeira pessoa, Tieta reafirma a sua postura de aproximação com o paciente, mas nos permite interrogar esse vínculo e sua relação com os tempos de trabalho, que obrigam a profissional de enfermagem a se desdobrar para fazer o que lhe é designado no trabalho. Isso porque, na sequência da fala ela afirma medo pela suposta atitude do paciente.

Isso demanda da instituição, não apenas treinamentos na perspectiva da técnica; demanda que o ser humano trabalhador seja tratado de modo tão humano quanto apregoado para os pacientes no hospital. Também nos chama a atenção para a questão de gênero, que se mostra na compreensão dos pacientes em sua relação de dominação e abuso com ações desnecessárias com as profissionais.

A profissional disse que levar os medicamentos analgésicos de menor potência não resolvia e o paciente recusava e dizia que queria o outro, o que demandava outras ações e tempos com o mesmo paciente. Tieta sai para atender outras demandas de assistência e se surpreende que, após ter feito todo o ‘recomendado’ o paciente a chama para resolver questões pessoais.

Quando Tieta expressa ‘fiquei’, ‘vou fazer’, ‘levo’, ‘estava’, ‘não tinha combinado’, ‘vir’, ‘não atentou’ nos comunica como o mundo se apresenta para ela e como se reverbera no seu modo de viver. Isso coloca em questão um sofrimento no trabalho também em função de valores pessoais, o que certamente pode ser uma questão trabalhada na instituição com apoio aos trabalhadores para o desempenho cotidiano do fazer e ter promoção da saúde.

O vínculo é um elemento que fortalece a aproximação dos profissionais e dos usuários do sistema de saúde. Trata-se de elemento da dimensão profissional do cuidado, que acontece no encontro de profissionais e usuários. Nos hospitais é indicada a formação de equipes multiprofissionais que sejam as desenvolvedoras do vínculo com os pacientes e família, entre outros (CECÍLIO, 2004; 2011).

Outro destaque é a relação entre o que a profissional compreende por promoção da saúde em seu trabalho e a vivência que ela nos co-

loca que põe em cheque o quanto promover saúde para os pacientes implica seu sofrimento moral e mental.

Sobre a promoção da saúde com a potencialidade de mostrar o modo de ser-junto-com no des-encobrimento de seu ser avaliamos as interpretações das próprias limitações. Avaliando as expressões utilizadas por Maquiavel compreendemos que ‘trabalhava’, ‘teve’, ‘ficou’, ‘tinha’, ‘era’, ‘acionar’ e ‘ajudar’ dão sentido ao agir promovendo a saúde, pois foi o vínculo que o levou a se envolver e buscar auxílio para minimizar as demandas sociais do paciente no seu modo de ser-junto-com o outro.

Também nas situações de assistência cotidiana no hospital é importante mostrar a sua disponibilidade e estar-junto, que compreendemos a partir da colocação de Tieta. Ao expressar ‘cuidar’, ‘tenho’, ‘contar’, ‘desabafar’, ‘perguntar’ e ‘respondo’, Tieta, em seu modo de ser-junto-com, valoriza o cuidado profissional para além da técnica, ou seja, ela percebe que no mundo da vida para ser profissional de saúde voltado ao atendimento das ações assistenciais com o paciente envolve outros elementos que possibilitam se aproximar, conhecer artimanhas e manias.

O modo como interpreta o agir do outro a faz permanecer numa circularidade e tomar atitudes mudando o seu modo de ser-junto. Na continuidade desta conversa com Tieta ela diz que é preciso atenção e não se envolver; passou a atender os demais pacientes de maneira a não se expor e refletir a respeito de criar ou não esse vínculo.

No caso de Homero, a promoção da saúde é fazer orientações de modo impessoal, quando Homero diz ‘a gente’. As atividades do mundo da vida nos absorvem de tal forma que o ser-no-mundo se manifesta de modo inautêntico como ‘a gente’, tomado pelos conceitos da vida mundana e seu contexto histórico (SALZEDAS, 2011). Na fenomenologia de Heidegger a inautenticidade está ligada ao modo de ser da impessoalidade do ser-aí como possibilidade de compartilhar o discurso do mundo de forma anônima. Nesse modo o discurso e os comportamentos são ditados pela significância do que é comum aos demais seres. Este possibilita comportar-se de modo comum na vida mundana (KAHMEYER-MEYER, 2011).

Nas expressões ‘eu li’, ‘eu fiz’ e ‘eu internei’ Homero usa a primeira pessoa, mas para afirmar atitudes rotineiras da vida profissional, portanto, que todos fazem e também configura uma impessoalidade, originada da tradição.

Sobre a promoção da saúde e a temporalidade do ser-com: ganhos e lógicas da promoção da saúde no hospital, interpretamos com

Ludimila que o hospital propicia experiências diversas. Estas envolvem palestras que não abordam doenças e melhoram a autoestima; é um falar do diferente, do fazer cotidiano. A promoção da saúde no hospital com profissionais de saúde desperta para outras vivências no mundo, alerta para situações de vida.

Na vivência Ludimila manifesta o modo de ser nas expressões ‘acho’, ‘a gente vê’, ‘eu falei’, ‘tu vais’ e ‘não ser o fazer’ mostram um modo de ser-no-mundo no qual predomina a impessoalidade. A afinação que ela encontra o mundo é de certa estranheza com relação à promoção da saúde, porem, permite olhar o passado e reavaliá-lo.

Na impessoalidade do ser-aí ela fala do que todos falam, parece uma aprovação que ainda não está fortalecida nela quando diz que vai para participar de ações que não são ligadas com o fazer cotidiano na unidade com os pacientes. Por outro lado, num lampejo percebe que a promoção da saúde dos funcionários, que estão ‘saúdáveis’, precisa de atenção da organização hospitalar.

Mas a promoção da saúde voltada a assistência de enfermagem no hospital também existe. Quando o paciente fica mais tempo internado no hospital, afirma Tieta, é preciso desenvolver mecanismos para aproximação e continuidade assistencial. De modo impessoal Tieta, em sua vivência na promoção da saúde no ambiente hospitalar ao manifestar: ‘cria’, ‘cuidou’, ‘conversar’, ‘confiar’, ‘a gente vai’, Tieta usa o discurso comum fundamentada na crença de que partilhar informações pessoais no trabalho facilita o contato e o cuidado com o outro.

A promoção da saúde no hospital é um ente que chama a atenção para o enaltecimento do profissional. Quando Ludimila fala ‘contribuem’, ‘são sempre relacionadas’ e ‘isso contribui’ a promoção da saúde é um ente que, após ser refletido pelo ser-no-mundo foge aos temas comumente tratados na educação no trabalho do hospital que, sob a forma de palestras, não centralizam na doença e que alguns temas ajudam a estreitar os laços familiares. Na fala ‘porque fugia um pouco do habitual, que é relacionado mais à parte hospitalar’ parece haver um estranhamento da temática com a função que desempenha o hospital.

Por sua vez Maquiavel manifesta sua dificuldade no seu modo de ser-com-as-coisas na situação que afirma “aquilo lá é muito mais grave” e se refere ao fato da vida mundana causar espanto por envolver situações que não há um remédio nem procedimento na medicina e sim o envolvimento do humano com o humano.

Avaliando as narrativas encontramos que a promoção da saúde destaca o modo de ser ser-junto-com do profissional de saúde. Homero, em seu pré-reflexivo, mostra o ser-junto-com o humano que está com

problemas agudos. É quando o ser-no-mundo conversa e toma medidas para auxiliar o paciente. Mas no mundo da vida atender o sujeito e ao manifestar o modo de ser-com as coisas ele fala dos resultados dos exames alterados e de sua conduta. Há situações no trabalho que o profissional não consegue fazer orientações. Essas crenças que mobilizam Homero nos lembram do modo de ser da impessoalidade, ligada à tradição histórica dos currículos das áreas da saúde. O saber focado na doença e intervenção não o permite ver, nesse momento, outras possibilidades de ação. Ademais, em situações onde a vida está em perigo a conduta primeira dos profissionais é afastá-lo.

Refletindo sobre essa conduta frente às tecnologias duras e a pessoa humana esta última parece um ser dado em si. Como discute Heidegger, o que é dado não é objeto de inquirição sobre o seu ser. Acreditamos, como Cecílio (2007) na possibilidade de aproveitar esses momentos para fazer o outro se sentir acolhido e calorosamente cuidado, pois, discute o autor, na subjetividade do outro e em seu modo de vivenciar o mundo, ao se experimentar ser cuidado este elabora sentimentos de esperança de cura e sobrevida.

Ludimila interpreta que a promoção da saúde envolve outros sujeitos, traz benefícios e a organização deve favorecer essa prática aos trabalhadores nesse aspecto. Seu modo de ser-em si impessoal, ao expressar-se ‘poderiam’, ‘falta’ e ‘dar’ ainda desvela um modo de ser que não é o seu.

Nurse afirma a promoção da saúde como promoção do bem estar; disseminar os conceitos de como melhorar a saúde das pessoas como um todo. Promover ou disseminar os conceitos de como melhorar a saúde das pessoas, dos pacientes, independente de quem seja. Vivenciar esse processo na instituição e relacioná-lo com a educação é algo que não foi pensado de modo estruturado, diz ela.

Na abertura no mundo Nurse expressa em ‘procuramos promover’. disseminar’, ‘melhorar’, ‘tem algumas atividades’, ‘não são’, ‘é de promoção’; ‘teve’, ‘faladas’ ‘solicitamos’ e ‘vêm conversar’. Ela se mostra afinada no modo de ser-com no qual a promoção da saúde é uma intenção que se manifesta com algumas atividades promovidas seja com parcerias externas, como o curso de nutrição, seja com os médicos.

A promoção da saúde envolve os trabalhadores do hospital e também os acompanhantes; abrange a promoção do bem estar. Verificamos que os modos de ser de Nurse são impessoais, como se a experiência no trabalho não lhe permitisse manifestar-se em seu modo de ser-em-si-mesma.

O que Nurse traz como movimentos para a promoção da saúde encontra sintonia com um dos princípios do Hospital Promotor da Saúde fundamentado nos preceitos da Carta de Ottawa, a realização de atividades para a promoção da saúde dos próprios trabalhadores. No caso do hospital onde Nurse atua, envolve ações para a promoção da saúde com o *staff* (JOHNSON; BAUM, 2001).

Quando Midwife se expressa com ‘realiza’, ‘prevenir’, ‘vão favorecer’, ‘evitar’, ‘tu tens’, ‘viver’, ‘não venha a se tornar doente’, ‘conhece’, ‘tem informação’, ‘cuidar’, ‘saber’, ‘procurar’, ‘permita fazer’, ‘encaminhar’ manifesta o seu modo de ser-com a promoção da saúde que consiste em realizar ações para prevenir e favorecer a saúde ou ainda evitar processos de piora, em casos de o sujeito apresentar algum problema. Também implica educar, conscientizar e encaminhar os indivíduos para que se conheçam e saibam os serviços certos a procurar.

Uma compreensão que se relaciona com a ação junto aos sujeitos saudáveis e também aos em situação de adoecimento. Nessa concepção a educação é capaz de tornar os sujeitos operantes de seus propósitos de manter a boa saúde na compreensão de saúde como a ausência de doença e também vista como bem-estar.

A primeira relacionada ao senso comum, arraigada no modelo da tecno-medicina; considera a doença como patologia e fragmentação do corpo em sistemas, órgãos e células. Nesse sentido enquanto se negligencia o conceito de saúde se amplia o de doença (BATISTELA, 2015).

Quando Midwife menciona ‘tem’, ‘trabalhar’ e ‘desgasta’ ela nos afirma que o modo de interpretar a promoção da saúde no hospital é focado nos treinamentos realizados para prevenir a falha e acidentes pessoais com os profissionais de saúde. Na sequencia ela reflete que se trabalha com práticas diferenciadas de modo a reduzir o estresse tanto para o profissional quanto para o paciente. A profissional conta que há um setor onde são planejadas ações lúdicas e que há atividades reflexivas junto com os pacientes e acompanhantes.

Na esteira do pensamento de que a educação é parte do viver, Heráclito afirma não existir promoção da saúde sem educação. Em função dessa crença a sua experiência com promoção da saúde no hospital é participar de inovações no âmbito educativo.

Heráclito tem a concepção também de que promoção da saúde é educar. Porem amplia para o universo extra-hospitalar e se dedicou a melhorar o serviço de ensino na instituição. Em suas expressões ‘fica’, ‘assemelha’, ‘achei’, ‘era’, ‘igualar’, ‘partindo’, e ‘criamos’ ele mostra o

seu modo de ser-com a promoção da saúde concebida como atividades que tornam a organização hospitalar em condições competitivas para se sustentar também, no campo educativo.

Em seu modo de ser-ai Epitáfio, ao mencionar 'teria', e 'entendo' ele menciona a preocupação com os profissionais e suas condições para o trabalho que ajudem a enfrentar o estresse do cotidiano e ele se ocupa desse ambiente de trabalho e da formação desses profissionais. No seu modo de ser-junto-com ele expressa 'tivesse' e 'não preocupar' interpretamos que há fatores no trabalho que interferem no trabalho dos profissionais, prejudicando o bem estar e o próprio trabalho. Ao ser-com ele interpreta a promoção da saúde no hospital voltada para a saúde do trabalhador ao referir 'trabalhar', 'dar conforto'.

Também pensando na saúde do profissional em seu cotidiano de assistência, Antonio ao se manifestar no seu modo de ser-junto relata 'não saiu', 'dar atenção para a profissional' e 'estavam' nos leva a inferir que preciso valorizar a equipe de trabalho e aqueles que contribuem para a saúde dos profissionais.

Percebemos que a concepção do participante está voltada ao desenvolvimento de práticas que possibilitam aos profissionais de saúde ficar bem no seu trabalho; participar envolve dar a assistência aos pacientes do setor e depois se olhar. Nas expressões 'conseguiu', 'fazer', 'não tinha', 'atender', 'dar atenção', 'parei', 'vem', 'fazer' fica demonstrado o seu modo de ser-com a promoção da saúde como algo que deve ter valorizada a participação tanto da equipe quanto da profissional que é designada para realizá-la. Para participar nas atividades de promoção da saúde é necessário que o trabalho assistencial junto ao paciente já esteja pronto.

De acordo com Bárbara a promoção da saúde no hospital envolve cuidados pelos profissionais de saúde e por acompanhantes para evitar a disseminação de micro-organismos que piorem condições de saúde nos pacientes.

Nas expressões 'evitas', 'lida', 'faz', 'acaba proliferando', 'saber', 'fazer' Bárbara em seu modo de ser-com expõe que a promoção da saúde no espaço hospitalar envolve evitar a proliferação de agentes que podem ser considerados nocivos no ambiente de assistência por parte dos profissionais de saúde. Também se faz promoção da saúde orientando visitantes. No modo de ser-em-si ao dizer 'evitas', 'acaba' 'saber' fica o seu modo impessoal de avaliar essa situação na qual ela se ocupa em saber se de fato promove a saúde. Ela diz na sequência não estar certa quanto a sua concepção.



Cleópatra se desvela no seu modo de ser-junto-com nessas expressões ‘mostrou’, ‘surgiram’, ao relatar a sua vivência de educação no trabalho que ajuda a promover a saúde.

Em seu modo de ser-com as coisas, Cleópatra compreende a promoção da saúde no hospital que mostra orientações e se dialoga com os participantes ao longo da exposição. A promoção da saúde é manter a fisioterapeuta informada a respeito de conhecimentos específicos com a finalidade de práticas profissionais alinhadas com as necessidades do paciente.

A educação em serviço é uma importante ação para alinhar a gestão organizacional e os trabalhadores do hospital e ela pode ser centralizada também em aspectos como a atenção com a saúde dos profissionais de saúde no âmbito da sua promoção. Há várias ações no ambiente de trabalho e fora dele que são promotoras da saúde. Embora sejam diferentes frentes para alavancar o processo, trazemos aqui ações referentes ao trabalhador. As discussões do hospital promotor da saúde na Rússia, Alemanha, Dinamarca e Itália têm sido anteriores aos debates na Europa e seguem as estratégias da OMS (Groene, 2005).

O hospital pode promover a saúde de seus trabalhadores ofertando programas que promovam a saúde, como grupos de caminhada, suporte psicológico e alimentar com profissionais que orientem e acompanhem na reorientação para o consumo de dietas saudáveis. Dois hospitais, um na Polônia e outro na Suécia, tiveram seus programas de promoção da saúde para o *staff* avaliada por Marcinkowski, Edbom-Kolarz, Bajek et al (2012). Os autores utilizaram questionários de auto-avaliação quanto ao estado de saúde, estilo de vida e motivação para mudá-lo em direção a aumentar a saúde. Esses foram preenchidos eletronicamente após terem apresentado a pesquisa e coletado consentimento para a sua execução.

As perguntas se desenvolveram em torno da alimentação e número de porções, consumo de líquidos e tempos de repouso na instituição. Também sobre atividades físicas oferecidas pela instituição. Os trabalhadores do hospital polonês avaliaram que a organização ainda tem poucas ações para promover a saúde do *staff*, e portanto eles afirmam desejo maior de mudar os estilos de vida em comparação com o hospital da Suécia. No hospital neste último país o número de respostas positivas em comparação ao hospital polonês foi maior, e os profissionais estavam motivados para manterem os estilos de vida. Discutem que um trabalhador saudável participa voluntariamente em cursos e educação profissional manifestando-se positivamente em suas interações na sociedade e na família.

Outro destaque é para a criação de ambientes que promovam a saúde, evitando comportamentos e hábitos desfavoráveis desenvolvendo programas individuais e coletivos. Nesse sentido diminuir o adoecimento e o absenteísmo. Num dos hospitais, visando incentivar a mudança no estilo de vida foram criados grupos de emagrecimento e lazer associados com atividades físicas regulares. Os trabalhadores escolhem as opções conforme suas expectativas e capacidades e os familiares também participam.

Além do mais é uma prática na maioria dos hospitais na Suécia a existência de uma sala de ginástica com profissional de formação específica que orienta e acompanha o desempenho dos participantes. Caminhadas, ciclismo e corridas são as atividades mais desenvolvidas.

No Brasil Cecílio (2006), Silva (2011) também acreditam que modificações podem tornar o hospital promotor da saúde. A promoção da saúde é um tema transversal a todos os locais de atenção à saúde. Silva (2011) entende a perspectiva da promoção da saúde junto aos recém-natos e sua família a partir do processo grupal de cuidado à saúde conduzido por enfermeiros. A autora desenvolveu o estudo com mulheres cujos bebês necessitaram permanecer internados em unidade de terapia intensiva logo após o nascimento. Essas mulheres ficavam alojadas na Casa da Mamãe, ao lado do hospital, no caso do Brasil. Em Portugal as mães estavam internadas na maternidade ou em hospedagem disponibilizada para os pais com dificuldade relativa a distância entre a moradia e o hospital.

Nesse trabalho ela aponta ações como apoiar a puérpera na interação com as demais, mantê-la informada quanto ao estado de saúde do bebê. Algumas das ações elencadas pela autora como promotoras da saúde como disponibilizar poltrona ao lado da incubadora, alimentação para os pais e cuidados para evitar infecção são resultantes de outras legislações brasileiras em decorrência do direito da criança e não uma iniciativa característica do hospital promotor da saúde, embora represente um importante ganho.

Por outro lado, o ensino do uso e adaptação do bebê após a alta hospitalar, na cadeira para transporte em automóveis em Portugal, a participação da família junto com a enfermeira no cuidado com o recém-nascido durante a hospitalização também é outra realidade naquele país. Nesse local também é relatada uma relação dos profissionais do hospital com a comunidade e articulação com a atenção básica.

Com base nas respostas dos participantes nessa pesquisa, os pacientes ocupam centralidade em suas atividades consideradas promotoras da saúde. Acreditamos que essas ainda estão centradas na prevenção

de doenças e agravos com foco no risco. A educação no trabalho pode ocupar espaço junto dos serviços de ensino e dos ambientes de assistência fazendo grupos de discussão sobre o tema e ocuparem a área adjacente para junto com a comunidade fazer atividades artísticas, físicas e outros.

### Considerações finais

A educação como princípio educativo mostrou os resultados com profissionais de saúde no hospital. A partir da investigação das atividades educativas nessa organização com profissionais de saúde e gestores há tendência em realizar práticas instrumentais. Essa decisão afeta a compreensão dos profissionais de enfermagem e fisioterapia, que julgam que outras abordagens em saúde são também voltadas para assistir aos pacientes.

Resgatando os objetivos de compreender como os profissionais de saúde, trabalhadores de dois hospitais e respectivos gestores institucional e do serviço educativo interpretam a educação no trabalho.

Verificamos que esta é uma prática que se alicerça em ações de cunho técnico-instrumental ofertadas para os profissionais da enfermagem. Estas se dão com palestras e demonstrações. Essas últimas podem acontecer nos locais de assistência ao paciente e em locais de simulação. Geralmente as atividades são ofertadas após se detectar erro ou dificuldade na realização de atividades. Alguns profissionais se sentem motivados a solicitar a ação e ainda a maior parte dos temas é definido por chefias imediatas ou necessidades de manutenção de títulos na instituição.

O grupo da enfermagem é o maior número e mesmo com altos índices de mudança de emprego é preciso enfatizar para esses profissionais essa prática.

No geral, os médicos não participam de ações educativas internas e notamos que o grupo profissional não tem atividades organizadas. As atividades externas chamam mais a atenção porém o controle de participação é feito apenas para liberação de horas e não como uma valorização da atividade em si, embora as diferentes etapas e setores que é avaliado não há registro do retorno junto a outros trabalhadores após essa participação fora.

Os fisioterapeutas destacam a participação em ações educativas no trabalho junto com a enfermagem e outros profissionais, as quais vão desde orientação quanto a posturas éticas profissionais dentro da instituição a temas de especialidades, As profissionais acreditam que ativi-

dades voltadas para o campo de sua profissão dariam grandes contribuições.

Todos os profissionais consideram que a educação no trabalho é importante elemento para ajudar a desenvolver melhor assistência junto ao paciente internado.

Sobre a compreensão dos gestores, internamente a gestão da instituição se ocupa com a formação dos novos especialistas. O gestor de ensino não tem pessoal suficiente para estender sua atuação embora, quando instado a fazer modificações em virtude de demandas da direção do hospital, faça ajustes para atendê-las. Portanto, uma condição que demonstra quais são as prioridades e caminhos que a instituição está trilhando. O gestor faz o que pode, mas não parece discutir com a direção suas necessidades ou colocar propostas.

O planejamento das ações educativas é realizado porém ainda com certa dificuldade na organização pública; a avaliação formal é feita na instituição privada mediante testes *in loco* e mesmo na avaliação da ocorrência de erros, os quais se reduzem após a ação corretiva.

Seria interessante que eles pudessem vivenciar com os demais profissionais a promoção da saúde na organização hospitalar e seguindo os princípios da PNEPS, na qual certamente essa categoria profissional pode conviver mais de perto com os outros trabalhadores para trocas e construções.

As práticas educativas no trabalho dimensionam o modo de ser dos profissionais e aqueles que participam têm pensamentos que se convergem para o olhar total para o paciente. Os médicos expressaram a falta que a ação direcionada para eles faz. Buscam caminhos alternativos que têm por foco a doença e às vezes, vislumbram outras possibilidades. Alguns profissionais mostraram estranheza ao pensar o hospital promotor da saúde que são também sujeitos e ambientes que demandam por essa prática.

Verificamos que nas vivências dos profissionais quanto à promoção da saúde o paciente é o foco. Poucos mencionam a atenção com trabalhadores (Ludimila, Midwife, Epitáfio) como aspecto de preocupação. Embora não esteja nessas falas, alguns participantes afirmaram a existência de atividades desempenhadas junto da comunidade, como Heráclito que afirmou que a entidade promove palestras e simpósios científicos com a comunidade local.

Entre as possibilidades o hospital promotor da atenção com a saúde de seu *staff* podem ser iniciar a oferta de dietas nutritivas e saudáveis, tempos adequados para a alimentação e repouso, grupos de apoio e a abordagem de temas que os façam vivenciar a experiência do hospital

que promove saúde. Ainda estabelecer parcerias com a comunidade e ofertar a possibilidade de desenvolverem atividades físicas regulares. Algumas dessas práticas requerem alterações de governabilidade do gestor do hospital, no ordenamento da organização para instar espaços de trabalho salutogênicos, com práticas educativas arraigadas no princípio participativo e com temáticas orquestradas pela promoção da saúde.

Com relação ao objetivo de averiguar a aproximação das práticas com a PNEPS entendemos ser uma postura da gestão institucional quanto a integralidade na atenção ao usuário. Como vimos, o foco da educação no trabalho é justamente atender aos pacientes com qualidade, o que se aproxima com saber as necessidades de promover saúde e possibilitando ou ainda em rede, encaminhando para a atenção ao sujeitos. Noutra dimensão, a articulação dos gestores para novo exercício de ouvir os profissionais e direcioná-los para tal.

Por fim, os modos de se interpretar no mundo são uma resposta a como esse mundo é percebido de acordo com uma afinação em um humor. Entendemos que se a educação no trabalho for desenvolvida a partir do núcleo da promoção da saúde e instada pela orientação da PNEPS, o mundo para esses profissionais se mostrará possível desenvolver o trabalho no dia-a-dia de modo mais saudável onde é possível ao hospital promover saúde.

O tema, embora datado da década de 1990, não foi abordado no Brasil de forma sistemática. A promoção da saúde concebida como dispositivo que fortaleça os espaços saudáveis de trabalho junto com os profissionais de saúde trabalhadores do SUS e parcerias com a comunidade tem sido um importante elemento na Europa e outros continentes para reorganizar o serviço.

Outra discussão que se abre a partir desse estudo é a possibilidade do método fenomenológico de abordagem aos sujeitos. A fenomenologia como instrumento para se aproximar do mundo vivenciado pelos entes da forma como ele é vivenciado mostrou-se fecunda em relatos e possibilidades. Certamente contribui para pensar políticas intersetoriais a partir desse pré-reflexivo anunciado pelo método.

Esses dois elementos serão ampliados e divulgados em círculos acadêmico-científicos na perspectiva de contribuição e sequência dessa pesquisa.

### 5.3 Os limites dessa pesquisa

A pesquisa científica e seus resultados são característicos dos locais, sujeitos participantes e pesquisadores, portanto, não repetíveis.

Ainda que desenvolvida pelos mesmos sujeitos e com a mesma população fatores novos surgirão. A metodologia fenomenológica, como a característica da pesquisa qualitativa, não é generalizável e, portanto, não aplicável a outros locais e pessoas.

Consideramos também limitantes desse estudo a apropriação da fenomenologia existencial de Heidegger, que para o momento limitou-se a debater os modos de ser dos entes educação no trabalho e promoção da saúde no hospital a partir do desvelamento dos modos de ser dos respondentes. Sabemos que ao desencobrir um modo de ser os demais ficam velados e a temporalidade surge como um artefato que pode mudar as nossas perspectivas. Temporalidade que nos possibilita mostrar o potencial ser-em-si encoberto pelo que todos falam e fazem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Fernando Milton de. **Ser clínico como educador**: uma leitura fenomenológica existencial de algumas temáticas na prática de profissionais de saúde e educação. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-08082007-180214/>>. Acesso em: 07 julho 2014.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 39–52, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 12 fevereiro 2014.

ALVES, Mariana Gaio. Aprendizagem ao longo da vida: entre a novidade e a reprodução de velhas desigualdades. **Rev Portuguesa de Educação**, v. 23, n. 1, p. 7–28, 2010. Disponível em: [https://ec.europa.eu/epale/sites/epale/files/alves\\_2010.pdf](https://ec.europa.eu/epale/sites/epale/files/alves_2010.pdf) Acesso em: 5 maio 2014.

ANDRADE, Luciene Miranda de. **Construção e validação de um manual de orientações a familiares de pessoas com mobilidade física prejudicada** Tese. (Doutorado em Enfermagem). 2011, 122 fls. Universidade Federal Do Ceará, 2011. Disponível em: <<http://bancodeteses.capes.gov.br/>>. Acesso em 20 setembro 2014.

BARBOSA, Vanessa Baliego de Andrade; FERREIRA, Maria de Lurdes Silva Marques; BARBOSA, Pedro Marco Karan. Continuing health educating: a strategy for the training of community health agents. **Rev Gaúcha de Enferm**, v. 33, n. 1, p. 56–63, 2012

BARRAGÁN DIAZ, Miguel Ángel. Fundamentos para uma hermenêutica existencial: aproximación a la hermenéutica heideggeriana desde los parágrafos 28 a 32 de Ser y tempo. p. (compil.). **Actas de las segundas jornadas internacionales de hermenêutica**. 2. 2012. Disponível em: [http://www.proyectohermeneutica.org/pdf/actas/Actas\\_IIJornadas.pdf](http://www.proyectohermeneutica.org/pdf/actas/Actas_IIJornadas.pdf) Acesso em 07 janeiro 2015.

BARROS, E. J. L. **O cuidado de enfermagem complexo, ecossistêmico e gerontotecnológico ao idoso estomizado**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande, 2012. Disponível em: < <http://bancodeteses.capes.gov.br/>>. Acesso em 20/09/2014.

BATISTELA, Carlos Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: BATISTELA, Carlos; BARCELLOS, C.; GONDIM et al. **O território e o processo saúde-doença**. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?area\\_id=2&id=6&arquivo=livros\\_sub\\_capitulos&livro\\_id=6](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?area_id=2&id=6&arquivo=livros_sub_capitulos&livro_id=6) Acesso em janeiro 2015. Cap. 2

BRAGA NETO, F.C; BARBOSA, P.R.; SANTOS, I.S.; OLIVEIRA, C.M.F de. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V.C. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. rev. Ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos **Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório Final**. Brasília, 1986.

BRASIL. [Lei Darcy Ribeiro (1996)]. **LDB** : Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional : Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional [recurso eletrônico]. 8. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013. 45 p. – (Série legislação); n. 10

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: MS, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC 50** de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: MS, 2002b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050\\_21\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html). Acesso em: 30/07/2014.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.224/GM**, 05 de dezembro de 2002c. Estabelece o sistema de classificação hospitalar do sistema único de saúde. Brasília: MS, 2002c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 198/GM/MS**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação permanente entra na roda**: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. Departamento de Análise de Situação de Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação e Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro : ANS, 2007.168 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3)

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html). Acesso janeiro 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Informações de saúde: tipo estabelecimento Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/>>. Acesso em 14/07/2014a

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Informações de saúde: tipo atendimento. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/>>. Acesso em 14/07/2014b

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Informações de saúde: natureza da organização. Disponível em: <[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/natureza\\_organiza%C3%A7%C3%A3o.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/natureza_organiza%C3%A7%C3%A3o.htm)>. Acesso em 14/07/2014c

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Informações de saúde. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br> Acesso em 06/08/2014d

BRITTO JUNIOR, A.F. de; FERES JUNIOR, N. A utilização da técnica a entrevista em trabalhos científicos. **Evidencia**. Araxá, v.7, n. 7, p. 237-50, 2011.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida, **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163–177, 2000.

\_\_\_\_\_. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde conceitos, reflexões e tendências**. 4. reimpres. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Cap. 1

CAMPOS, Mônica Chiodi Toscano de. **Adaptação transcultural e validação do World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire para enfermeiros brasileiros**. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) 2011, 230 fls. Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: <<http://bancodeteses.capes.gov.br/>>. Acesso em 20/09/2014.

CANABRAVA, C. M. **Análise de implantação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais Pro-Hosp.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia, 2012. Disponível em:< <http://bancodeteses.capes.gov.br/>>. Acesso em 20/09/2014.

CAPONI, Sonia. A saúde como abertura do risco. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões tendências.** 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, cap. 3.

CARDOSO, M.F.; SANTOS, A. C. B.; ALLOUFA, J. M. de L. Sujeito, linguagem, ideologia, mundo: técnica hermenêutico-dialética para análise de dados qualitativos de estudos críticos em administração . **Encontro da ANPAD**, 37. Rio de Janeiro, 2013.

CASANOVA, Marco. A linguagem do acontecimento apropriativo. **Natureza Humana** 4(2): 315-339, jul.-dez. 2002.

CASTRO, L. C. de L. **Técnica moderna como modo de desvelamento de ser.** Dissertação (Mestrado) 2011, 75 f. Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia, 2011.

CAVALCANTI, Y. W.; WANZELER, M. C. Educação permanente em saúde na qualificação de processos de trabalho em saúde coletiva. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 13, n. 1, p. 13–20, 2010. Acesso em: 4/4/2014.

CECCIM Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [On-line] 2005, 10 (outubro/dezembro): Disponível em:<<http://redalyc.org/articulo.oa?id=63010420>> [Acesso em: 16 / janeiro / 2014] ISSN 1413-812

CECCIM, Ricardo Burg.; FERLA, Antonio. A. Educação permanente. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA Júlio Cesar França. (Orgs.) **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2.ed. rev. ampl Rio de Janeiro Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 315-29, 1999.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. (mimeo) Campinas, 2003. Disponível em: <http://lrc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/A%20INTEGRALIDADE%20DO%20CUIDADO%20COMO%20EIXO%20DA%20GEST%C3O%20HOSPITALAR.pdf> Acesso em 07 março 2010.

CECÍLIO, Luiz Carlos de O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, agosto. 2004. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7115>>. Acesso em: 30 Julho 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200005>.

CECILIO, Luiz C. de O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-351, Ago. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Julho 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200012>.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-599, Junho 2011. Disponível em [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Julho 2016.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". **Saude soc.**, São Paulo, v.21, n.2, p.280-289, Junho 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 30 Julho 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000200003>.

CUNHA, Iolete Soares da. **Educação permanente em saúde e planejamento estratégico situacional**: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Dissertação (Escola Nacional de Saúde Pública), 2009. Disponível em: <[http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25836\\_cunhaism.pdf](http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25836_cunhaism.pdf)> Acesso em 10 de nov. 2013.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença de prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde conceitos**, reflexões e tendências. 4. reimpres. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Cap. 2.

DAVINI, Maria Cristina. **Educación permanente en salud**. OPAS, 1995.

DESCRITORES DA CIENCIA DA SAÚDE (DECS) Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>> Data de acesso em 14/04/2014

DELORS, Jacques. **Educação**: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. **Educação**: um tesouro a descobrir : relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez, 2000.

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 615–627, 2012. Acesso em: 10/6/2014.

ESPITIA, Edelmira Castilho. La fenomenologia interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. XVIII, n. 1, p. 27-35, mar, 2000. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294002>> Acessado em 01 outubro 2014.

FERRAZ, Fabiane. **Educação permanente/continuada no trabalho**: um caminho para a construção e transformação em saúde. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de santa Catarina, 2005.

FERNANDES, Rosa Maria Castilhos. **Educação permanente**: uma dimensão formativa no serviço social. (Tese) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pós-graduação em Serviço Social. Disponível em: <http://pct.capes.gov.br/teses/2008/42005019008P5/TES.pdf>. Acesso em: 27/5/2014.

FONTES, Katiene da costa; AZEVEDO, Creuza da Silva; BRAGA NETO, Francisco Campos. A fundação hospitalar de saúde na SES de Sergipe e as estratégias de gestão do trabalho: examinando o caso do Hospital de Urgência de Sergipe. In: AMÂNCIO FILHO, A.; OLIVEIRA, S.P. de (Orgs.). **Gestão, trabalho e educação na saúde**. Rio de Janeiro: ENSP, 2012. Cap. 3

FREIRE, Paulo. Educação: o sonho possível. In: BRANDÃO. C(Org.). **O educador**: vida e morte. Rio de Janeiro: Graal, 1982, p. 89-101.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Política e educação**: ensaios. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001

GADAMER, Hans Görg **Hegel, Husserl, Heidegger**. (trad. Marco Antonio Casanova). Petrópolis, RJ:Vozes, 2012.

\_\_\_\_\_. **Verdade e método I** 14. ed.Petrópolis, RJ: Vozes. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2014.

GADOTTI, Moacir. **A educação contra a educação**. São Paulo: Cortez, 1982. 175p

GARANHANI, Mara Lúcia; KIKUCHI, Edite Mitie; GARCIA, Samira Michel et al. As práticas educativas realizadas por enfermeiros da área hospitalar publicados em periódicos nacionais.. **Cienc Cuid Saude**, Abr/Jun; 8(2):205-212. 2009.

GILES, Thomas Ransom. **História do existencialismo e da fenomenologia**. São Paulo: EPU, 1989.

GIRI, Kamlesh; FRANKEL, Nina; TULENKO, Kate. et al. Keeping up to date: continuing professional development for health workers in developing countries. **Capacity Plus IntraHealth International, Inc.**

Setembro, 2012. Disponível em:< <http://www.capacityplus.org/files/resources/continuing-professional-development-health-workers.pdf>> Acesso em: 24/01/2014

GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sara; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. et al (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. (rev. e ampl.): Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GROENE, Oliver; GARCIA-BARBERO, M. Health promotion in hospitals: evidence and quality management. **World Health Organization**. 2005. Disponível em: < <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications2/2005/health-promotion-in-hospitals-evidence-and-quality-management>>. Acesso em: 16/6/2014.

GROENE, Oliver. Evaluating the progress of the Health Promoting Hospitals Initiative. **Health Promotion International**, v. 20 n. 2, 6 April 2005. Disponível em: <http://heapro.oxfordjournals.org>. Acesso em 24 junho 2016.doi:10.1093/heapro/dah613

GROENE, Oliver. (edit). Implementing health promoting in hospitals: manual and self-assessment forms. . **World Health Organization**. 2006. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99819/E88584.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf) Acesso em junho 2014.

INWOOD, Michael J. **Dicionario Heidegger**. Trad. Luísa Buarque de Holanda; rev. Tec. Márcia Sá Cavalcante Schuback. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

HADDAD, Jorge; ROSCHKE, Maria Alice; DAVINI, Maria Cristina. (Edit.) Proceso de trabajo y educación permanente de personal de salud: reorientación y tendencias en América Latina. **Educ. Med. Salud**, v. 24, n. 2, Abril/junio (1990).

HADDAD, Jorge. Desarrollo educacional em salud: perspectivas para el ano 2000. **Educ. Med Salud**, v. 20, n. 4 (1986), p. 448-457.

HEIDMANN, Ivonete T.S.Buss.; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; BOEHS, Astrid Eggert et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):352-8.

HEIDEGGER, Martin. **Que é uma coisa?** [trad. de Carlos Morujão] Lisboa, Portugal: Edições 70, 1987.

\_\_\_\_\_. **A caminho da linguagem.** [trad. Marcia Sá Cavalcante Schuback]. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2003.

\_\_\_\_\_. **Ser e tempo.** 5.ed. Petrópolis, RJ: Vozes; Bragança Paulista, SP: Editora Universitária São Francisco, 2011.

HUSSERL, Edmund. **A ideia da fenomenologia.** Rio de Janeiro: Edições 70, 1990.

INWOOD, Michael J. **Dicionário Heidegger** [trad. Luísa Buarque de Holanda; rev.téc. Márcia Sá Cavalcante Schuback]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

JESUS, Maria Cristina Pinto de.; FIGUEIREDO, Mariangela Aparecida Gonçalves; SANTOS, Sueli Maria dos Reis et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1229–1236, 2011. Acesso em: 4/4/2014.

JOHNSON, Anne; BAUM, Fran. Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. **Health Promot Int.** 2001 Sep; 16(3):281-7. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11509465>. Acesso em 04 agosto 2016.

KAHLMAYER-MERTENS, Roberto S. **A tese de Heidegger para a origem de metafísica.** 2011, 136 f. Tese (Doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: [http://www.btdt.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2979](http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2979). Acessado 10 janeiro 2015.

\_\_\_\_\_. **10 lições Sobre Heidegger.** Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

LINO, Mônica Motta ; BACKES, Vânia Marli Schubert; FERRAZ, Fabiane. et al. Educação permanente dos serviços públicos de saúde de



Florianópolis, Santa Catarina. Trabalho, Educação e Saúde, 2009, v.7, n.1, p.115-36.

LOPES, Sara Regina Souto; PIOVESAN, Erica Torres de Almeida; MELO, Luciana de Oliveira et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências Saúde**. 2007;18(2):147-155.

LUIJPEN William **Introdução a fenomenologia existencial**. São Paulo: EPU, 1973.

MANCIA, Joel Rolim; CABRAL, Leila Chaves; KOERICH, Magda Santos. Educação permanente no contexto da enfermagem e na saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 605–610, 2004. Acesso em: 22 abril 2014.

MARCINKOWSKI, Jerzy T; EDBOM-KOLARZ, Anna; BAJEK, Anna et al. Comparative studies on promotion of health and life style of hospital staff in Sweden and Poland. **Annals of Agricultural and Environmental Medicine** 2012, v. 19, n. 4. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23311798>>. Acesso em 24 junho 2016.

MARCHI, Marisa. Oliveira de; SOUZA, Thiago Menezes; CARVALHO, Maria Balbina de. Treinamento e Desenvolvimento de Pessoas. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais - UNIT**, v. 1, n. 2, p. 29–40, 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernohumanas/article/view/359> Acesso em: 26/5/2014

MARTINS, Mizaél de Oliveira. F. Linguagem e angústia, existência e cuidado do Dasein em Heidegger. **Rev. Diálogos**, n.10, p 224-49, 2013.

MELLO, Luciana Soares de. **Horizontes éticos: o cuidado como possibilidade de ser-no-mundo**. Dissertação (Mestrado) 2013, 96 f. Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz.; CECCIM, Ricardo Burg. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, 2(2): 147-160, Mayo - Agosto, 2006.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. [trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura] 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MÉSZÁROS, István. **A educação para além do capital**. Porto Alegre: Editora Boitempo, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG** (Pro-Hosp) / Secretaria de Estado de Saúde e Fundação João Pinheiro.– Belo Horizonte, 2007. 121 p.

MICCAS, Fernanda Luppino; SILVA, Sylvia Helena Souza da Batista. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública** 2014;48(1):170-185.

MIRANDA, Carmen Lúcia Moraes. **O sentido do ser-mãe-que-engravidou-após-óbito-fetal**: possibilidades assistenciais de e para a enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem) 120 f. UFRJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ, EEAN, 2011.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo Marchiori; NUNES, Tânia Celeste Matos M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Rev Olho Mágico**, v. n 3, 2001. Disponível em: <http://www.uel.br/ccs/olhomagico/v8n3/enfoque.htm> Acesso em 01 janeiro 2015.

MUROFUSE, Neide Tiemi; RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon; MUZZOLON, Arlene Benini Fernandes. Diagnosis of the situation of health workers and the training process at a regional center for professional health education, **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 314-320, 2009.

NOAL, H.C.; SCHMIDT, S.M.S.; LACCHINI, A.J.B.; TERRA, M.G. A importância da implementação de uma política de educação perma-

nente aos profissionais da saúde. **JORNADA INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE, 3.** Promovendo saúde na contemporaneidade: desafios de pesquisa, ensino e extensão Santa Maria, RS, 08 a 11 de junho de 2010. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/jis2010/Trabalhos/106.pdf> Acesso em 05 abril 2014.

NOBREGA, Maria de Fátima Barros. **Construção e validação da escala de avaliação de promoção da saúde no ambiente hospitalar:** concepções e práticas do enfermeiro. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará. 2011, 126f. Disponível em:< <http://bancodeteses.capes.gov.br/>>. Acesso em 13/09/2014.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes de. Distance education as strategy for permanent education in health: possibilities and challenges. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 5, 2007. p. 586-589.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) **Cuidados primários de saúde:** relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Brasília: UNICEF, 1979.

PAI, D. D. **Violência no trabalho em pronto socorro:** implicações para a saúde mental dos trabalhadores Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em:< <http://bancodeteses.capes.gov.br/>>. Acesso em 20/09/2014.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In: ROUQUAYROL, Z.; Almeida, N. **Epidemiologia e Saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999, p.489-503.

PAIVA, Vanilda; RATTNER, Henrique. **Educação permanente e capitalismo tardio.** São Paulo: Cortez: Editores Associados, 1985.

PAIVA, Carlos Henrique de assunção. **A organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-70).** 2004. Disponível em: < <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/opas.pdf>> Acesso em 10/10/2012.

PAIVA, Vanilda P. Educação Permanente: Ideologia Educativa ou Necessidade Econômico-Social? **Síntese-Revista de Filosofia**, v. 4, n. 9, 2013. Disponível em:

<<http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/viewArticle/2406>>. Acesso em: 31/3/2014.

RANGEL, Mary. Educação e saúde: uma relação humana, política e didática. **Educação**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 59-64, jan./abr. 2009.

RAMOS, Luciane Campello Fadanelli. **A mulher em processo de parto: o reconhecimento e a expressão das suas necessidades**. Dissertação (Mestrado acadêmico em Saúde Coletiva) Universidade Luterana do Brasil, 2011. Disponível em: < <http://bancodeteses.capes.gov.br/>>. Acesso em 20/09/2014.

RATIER, Ana Paula Pelegrini. **Qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. Dissertação (Mestrado acadêmico em Gerenciamento em Enfermagem). Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: < <http://bancodeteses.capes.gov.br/>>. Acesso em 20/09/2014

REIS, Nayara Borges. **Expressão e ser no mundo na fenomenologia da percepção**. Dissertação (Mestrado em Filosofia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas). 2012, 86 fls. Universidade Federal da Bahia, 2012. Disponível em: <http://bancodeteses.capes.gov.br/>>. Acesso em 12/09/2014

RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero; MOTTA, José Inácio Jardim. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde**. Disponível em: [http://www.unesco.org.br/eventos/forum/docs/Ed%20Perm%20Eliana\\_In%20C3%A1cio.pdf](http://www.unesco.org.br/eventos/forum/docs/Ed%20Perm%20Eliana_In%20C3%A1cio.pdf) . Acesso em: 17/06/2014.

ROLLO, Adail de Almeida. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 2006.

ROACH, Eduardo Francisco Freyre. Abordagem fenomenológico-hermenêutica e pesquisa em educação: um estudo de vigilância epistemológica. **ETD Educação Temática Digital**, Campinas, v.10, n. 1, p.198-226, dez. 2008 – ISSN: 1676-2592.

ROVERE, Mario R. Gestion Estrategica de la Educacion Permanente en Salud in Educacion Permanente de Personal de Salud. Série **Desarrollo**

**de Recursos Humanos** nº 100. Organizacion Panamericana de la Salud. EUA. 1994

SÁ, Marilene de Castilho.; AZEVEDO, Creuza da Silva. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010 p.2345-54.

SAFRANSKI, Rüdiger **Heidegger**: um mestre na Alemanha entre o bem e o mal. 2.ed. (Tradução Lia Luft). São Paulo: Geração editorial, 2005.

SALLES, Agda Lucia Dusrte Preto de Camargo.; LUZ, Marcio Silveira da. Treinamento on the job: uma estratégia para atualização e capacitação profissional **XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação** – Universidade do Vale do Paraíba, Disponível em: <  
[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2008/anais/arquivosEPG/EPG00615\\_02\\_A.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosEPG/EPG00615_02_A.pdf)> Acesso em: 10/06/2014

SALUM, Nadia C. **A educação permanente e suas contribuições na constituição do profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem**. 2007, 320 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

SALZEDAS, Patrícia. L. **Casais contemporâneos e a vasectomia como método contraceptivo**: um estudo fenomenológico-hermenêutico. Tese (Doutorado em Psicologia). 2011, 228f. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SANTA CATARINA. Diretoria de Educação Permanente em Saúde. **Diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado de Santa Catarina - 2011/2015**. 2010. Disponível em: [portalses.saude.sc.gov.br/](http://portalses.saude.sc.gov.br/) Acesso em: 10/05/2013

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SAUPE, Rosita; CUTOLO, Luiz Roberto Agea; SANDRI, Juliana Vieira de Araújo. Building descriptors for the permanent basic care education process, **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, n. 3, p. 433–452, 2007

SCHERER, Magda D. dos A.; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p.721-725, Agosto 2009. ISSN 1518-8787. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32656/35049>>. Acesso em: 30 julho 2016. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000400020>.

SCHMIDT, Laurence K. **Hermenêutica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012

SILVA, Bárbara Tarouco da; BARLEM, Edison Luiz Devos; LUNARDI, Valéria Lerch. et al. Educação permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. 2008. Disponível em: <<http://www.repositorio.furg.br:8080/handle/1/1140>>. Acesso em: 31/3/2014.

SILVA, Fabiola Vieira da; ALMEIDA, Francielen Sá; SILVA, José Rodrigo et al. Importância do treinamento em reanimação cardiopulmonar para profissionais de saúde. **FDeportes.com, Revista Digital**. Buenos Aires - Ano 16, n. 156, maio de 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd156/treinamento-em-reanimacao-cardiopulmonar.htm>>. Acesso em: 26/05/2014

SILVA, Maria Adelane Monteiro da. **Abordagem grupal para promoção da saúde de famílias com recém-nascidos hospitalizados**. Tese (Doutorado), 2009, 177 f. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. 2009.

SILVA, Maria Adelane Monteiro da et al. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, Jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000300027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300027&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 Jul. 2014.

SILVA, Rosilda Veríssimo. **A configuração do processo avaliativo no ensino teórico-prático do curso de enfermagem**. 2004. 184 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SMAHA, India Nara; CARLOTO, C. M. **Educação permanente**: da pedagogia para a saúde. VII Seminário do Trabalho: trabalho, educação e sociabilidade, p. 24–28, 2010. Acesso em: 4/4/2014.

SOUZA, Raquel Costa Rodrigues de; SOARES. Enedina; SOUZA et al Educação permanente em enfermagem e a interface com a ouvidoria hospitalar. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 85-94, out./dez.2010

SOUZA, Marta Garcia Maia de Almeida; JUSTO, Regina Canedo de; BALTAZAR, Adriana Maiarotti. et al. A política de educação em saúde como estratégias desenvolvimento de pessoas no Estado do Rio de Janeiro. 18 Abril 2013. Disponível em <<http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/handle/123456789/835>>. Acesso em 25 julho 2016.

STEGMÜLLER, Wolfgang. **A filosofia contemporânea**: introdução crítica. 2. ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2012.

STRATHERN, Paul. **Heidegger em 90 minutos**. (Trad. Maria Luiza X. de A. Borges). Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. [Mestrado]. 2002, 105 fls. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002. 105 p. Cap. 2

TITZ, Jean Pierre. O projeto educação permanente do conselho da Europa. **Revista Europeia Formação profissional** n. 6, 1985. p. 45-49 . Disponível em: <[http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information\\_resources/Bookshop/132/6-pt.html](http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/132/6-pt.html)> Acesso em: 24/06/2014

VAN-MANEN, Max **Phenomenology of practice**: meaning-giving methods in phenomenological research and writing.v 13. Walnut Creek California: Left Coast Press, 2014.

VIEIRA, Alcione Gonçalves Ribeiro. Educação permanente:(re) vendo conceitos. **Revista Educação, Cultura e Sociedade**, v. 3, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/educacao/article/view/1239>>. Acesso em: 04 abril 2014.

WANDERLEY, Karla Lariça. Atenção hospitalar em rede. In BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Cadernos Humaniza-SUS, p. 10-14. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

WHITEHEAD, Dean. The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? **Health Promotion International**, v. 19, n. 2, p. 259–267, 2004. Disponível em: <<http://heapro.oxfordjournals.org/content/19/2/259>>. Acesso em: 2/7/2014.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** Health promotion: the Ottawa charter for health promotion. First international conference on health promotion. 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>> Acesso em: 20/08/2014.

\_\_\_\_\_. Integrating health promotion into hospitals and health services: concept, framework and organization. Edited by: The international Network of Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH), 2007. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2007>>. Acesso em 18 dezembro 2014.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE (WHO).** Standarts for health promotion in hospitals. 2004. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/99762/e82490.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/99762/e82490.pdf). Acesso em dezembro 2014.

WU, Roberto. **Compreensão e tradição:** a herança heideggeriana na hermenêutica de Gadamer. 2002, 145 f. Dissertação (Mestrado) Curso de Pós-graduação em Filosofia. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2002.

\_\_\_\_\_. Hermenêutica enquanto fenomenologia do ‘como’: o ‘Natorp Berich’ de Heidegger. In: BERTORELLO, A.; MASCARÓ, L. **ACTAS DE LAS SEGUNDAS JORNADAS INTERNACIONALES DE HERMENÊUTICA**. 2, Buenos Aires: Proyecto Hermenêutica, 2012a, p. 562.



\_\_\_\_\_. O todo, o singular e o hermenêutico em Ser e tempo. In. VEI-  
GA, Itamar soares; SCHIO, Sônia Maria. (Orgs.) **Heidegger e sua época 1920-1930**. Porto Alegre: Clarinete, 2012b

## APÊNDICES

## APÊNDICE A: Questionário para profissionais de saúde

### A) Identificação

Pseudônimo:

Sexo: M ( ) F ( ) idade:      profissão:      tempo de formação:

Local de formação:

Tempo de atuação nessa profissão:

Empregos anteriores: sim ( ) não ( ); último:

Tempo de atuação profissional no atual emprego nessa instituição:

Horário de trabalho:

Outros empregos atualmente: sim ( ) não ( ); local: \_\_\_\_\_

Telefone de contato:

Email para devolutiva dos resultados:

### B) Atividades de cuidado profissional

1. Quais as atividades que realiza no seu trabalho diário?

2. O que você entende por promoção da saúde? Você desenvolve atividades de promoção da saúde? Cite algumas.

3. Você acredita que as atividades de educação oferecidas no hospital contribuem no seu trabalho quando relacionado com a promoção da saúde? Como elas contribuem?

### c) Atividades de educação no trabalho

4. Você participa de atividades de educação no seu trabalho? Como são essas atividades?

5. Quem determina as atividades de educação no trabalho? Você contribui com sugestões de temas/conteúdos a serem desenvolvidos?

6. As atividades de educação no trabalho contribuem no seu cuidado, modificando-o ou fazendo você refletir acerca do processo de trabalho? Comente \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B:** Entrevista com profissional de saúde**A) Identificação**

Pseudônimo:

**B) Atividades de educação no trabalho**

1. Fale de sua vivência nas atividades educativas oferecidas pela instituição
2. Comente os resultados de sua participação nas atividades de educação no trabalho.
3. Comente sobre os temas que são utilizados nas atividades de educação no trabalho.
4. Comente as experiências que teve em educação no trabalho.
5. Fale sobre a sua vivência de promoção da saúde no hospital.

## **APÊNDICE C: Roteiro de entrevista com Gestor do serviço de ensino**

### **A) Identificação**

Pseudônimo:

Sexo: M ( ) F ( ) idade:      profissão:      tempo de formação:

Local de formação:

Tempo de atuação nessa profissão:

Empregos anteriores: sim ( ) não ( ): último:

---

Tempo de atuação profissional no atual emprego:

Outros empregos atualmente: sim ( ) não ( )

local: \_\_\_\_\_

Telefone de contato:

Email para devolutiva dos resultados:

### **B) Sobre atividades de educação no trabalho para profissionais de saúde**

1. Comente sua vivência no gerenciamento das ações educativas oferecidas pela instituição para profissionais de saúde.
2. Fale de sua experiência na definição dos temas, locais e facilitadores para Educação no trabalho com profissionais de saúde.
3. Fale sobre os resultados das atividades educação no trabalho com profissionais de saúde oferecidas nessa gestão.
4. Comente sobre boas experiências que teve em educação no trabalho.
5. Fale sua vivência com a política de educação no trabalho/educação permanente em seu dia a dia.

### **C) Sobre a promoção da saúde**

1. a segunda temática é a promoção da saúde : me fale do conceito do tema e Experiência em promoção da saúde.
2. Comente sobre a sua experiência no planejamento e execução de atividades de promoção da saúde com os profissionais de saúde.
3. Fale sobre sua vivência e aspectos de seu trabalho institucional que são promotores da saúde.

## **APÊNDICE D: Roteiro de entrevista com gestor da instituição hospitalar**

### **A) Identificação**

Pseudônimo:

Sexo: M ( ) F ( ) idade:      profissão:      tempo de formação:

Local de formação:

Tempo de atuação nessa profissão:

Empregos anteriores: sim ( ) não ( ): último:

---

Tempo de atuação profissional no atual emprego:

Telefone de contato:

Email para devolutiva dos resultados:

### **B) Vivências na gestão do hospital**

1. Fale de sua experiência de gestão nessa instituição (desenvolvimento dos profissionais de saúde, administração de pessoal, análise de sistemas de relações de trabalho, a gestão de planos de carreira, cargos e salários e os processos de negociação nessa instituição).

2. Fale sobre a sua vivência na Gestão no trabalho dos profissionais de saúde na instituição. (desafios/conquistas)

E a educação?

3. Comente sua experiência em articular a educação no trabalho com as necessidades /demandas do sistema único de saúde. – colocar o assunto de como ele vê as questões de educação “permanente”?

4. Comente sua vivência na mediação nos processos de gestão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e necessidades do sistema único de saúde.

5. Qual é a sua ideia de promoção de saúde?

Aqui no hospital há?Comente sua experiência em promover saúde no hospital.

**APÊNDICE E: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E  
ESCLARECIDO  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTOR DO SETOR DE ENSINO E  
GESTOR DA INSTITUIÇÃO.**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final e rubrique todas as suas páginas deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável, que também assinará e rubricará todas as vias.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Título do Projeto: Política de educação permanente: a possibilidade de hospitais promotores da saúde

Pesquisador Responsável: Professor Dr. Walter Ferreira de Oliveira

Telefone para contato: (48) 9922-9026

E-mail para contato: walteroliveira.ufsc@gmail.com

Pesquisadora: Rosilda Veríssimo Silva

Telefone para contato: (47) 8806-9696

E-mail para contato: roverissimobustus@gmail.com

Esta pesquisa tem por objetivo compreender o seu entendimento sobre a educação no ambiente hospitalar com vistas na promoção de saúde.

Para conhecer essa compreensão queremos levantar com os gestores da instituição, gestores de ensino e com os profissionais de saúde os resultados das atividades educativas realizadas e ou promovidas pela instituição hospitalar para profissionais de saúde. Também vamos correlacionar essas atividades com propostas de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nesse ambiente.

A pesquisa justifica-se por mostrar como o hospital vem se preparando para acompanhar as orientações do sistema de saúde e focalizar aspectos que o caracterizem como promotor de saúde.

Essa pesquisa será feita a partir da resposta a um questionário seguido por duas entrevistas a serem gravadas em gravador de voz com os profissionais de saúde e duas entrevistas com cada gestor. Estima-se que o tempo médio para responder cada entrevista seja de 90 minutos e que o tempo para responder aos questionários seja de 20 minutos.

A pesquisa prevê riscos mínimos, sobretudo os relacionados a possível exposição de opiniões às quais podem ser motivos de possível constrangimento por outros profissionais; visando a minimização de riscos como este descrito, é que serão tomados todos os cuidados necessários para manter o sigilo e anonimato. Embora os pesquisadores não consigam identificar outros riscos, caso identificável, estes serão controlados. Em termos de benefícios, pretende-se que os resultados dessa pesquisa tragam a contribuição no trabalho desenvolvido no hospital para o cuidado com os pacientes para a promoção da saúde. Os trabalhadores do hospital, que são tomadores de decisão, encontrarão subsídios para atender especificamente às necessidades dos profissionais quanto a promoção de saúde no ambiente hospitalar. Os profissionais de saúde abordarão conteúdos a partir de sua necessidade serão ouvidos previamente ao planejamento da ação educativa.

Os resultados do estudo serão disponibilizados aos participantes, por e-mail indicado ou da forma que o participante decidir, após a conclusão do mesmo.

Todos os dados obtidos serão guardados em sigilo. O participante poderá recusar-se a tomar parte da pesquisa ou retirar o seu consentimento a qualquer tempo, sem penalidade alguma. É garantida a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa, bem como é garantido que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A participação é voluntária e sem custos para participar, bem como não haverá ressarcimento para participação; contudo, explicitamos a garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Os participantes poderão solicitar o esclarecimento sobre a pesquisa a qualquer momento e poderão tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa a partir do segundo semestre de 2016, período correspondente a conclusão da pesquisa, via pedido de e-mail (citado acima).

Nome e Assinatura do pesquisador responsável:

---

Nome e Assinatura do pesquisador que coletou os dados:

---



Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar desse estudo como sujeito. Fui informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Rosilda Veríssimo Silva sobre o tema e o objetivo da pesquisa, assim como a maneira como ela será feita e os benefícios e os possíveis riscos decorrentes de minha participação. Recebi a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me traga qualquer prejuízo.

Nome por  
extenso: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Local  
e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – Universidade Federal de Santa  
Catarina

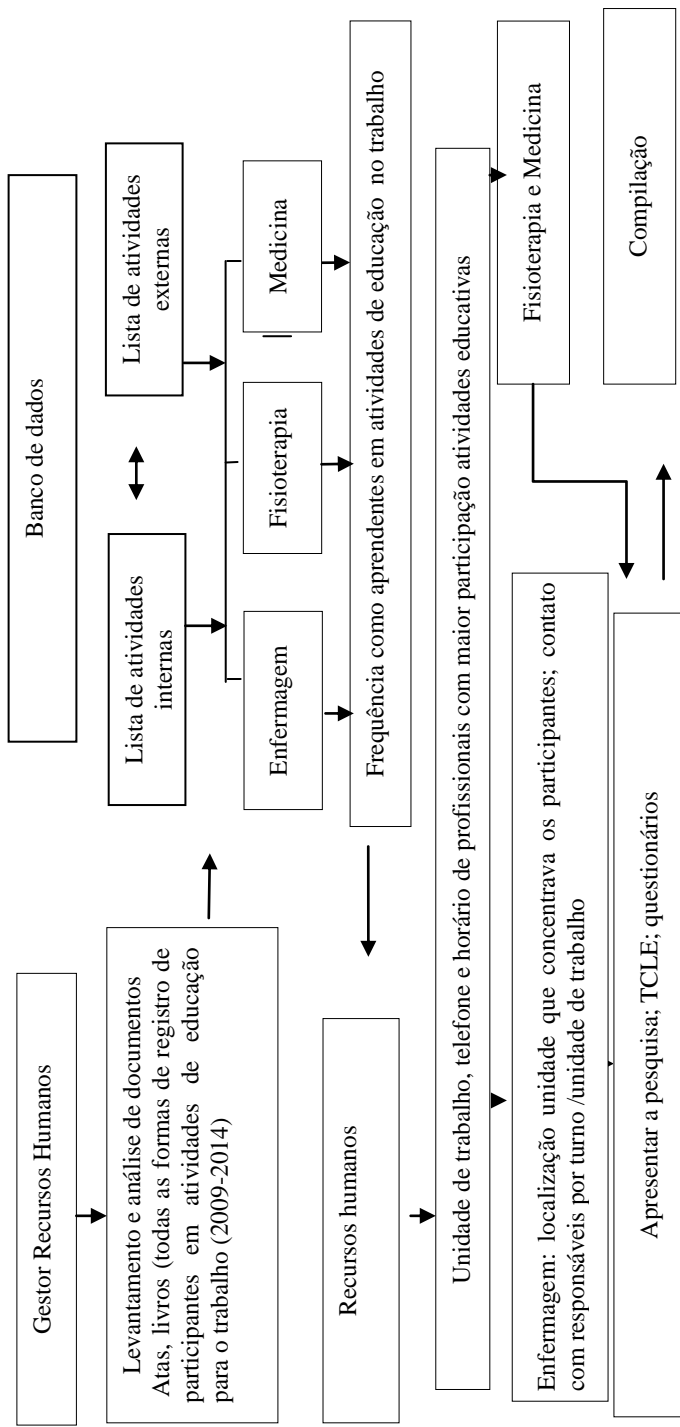
Campus Universitária Reitor João David Ferreira Lima - Trindade

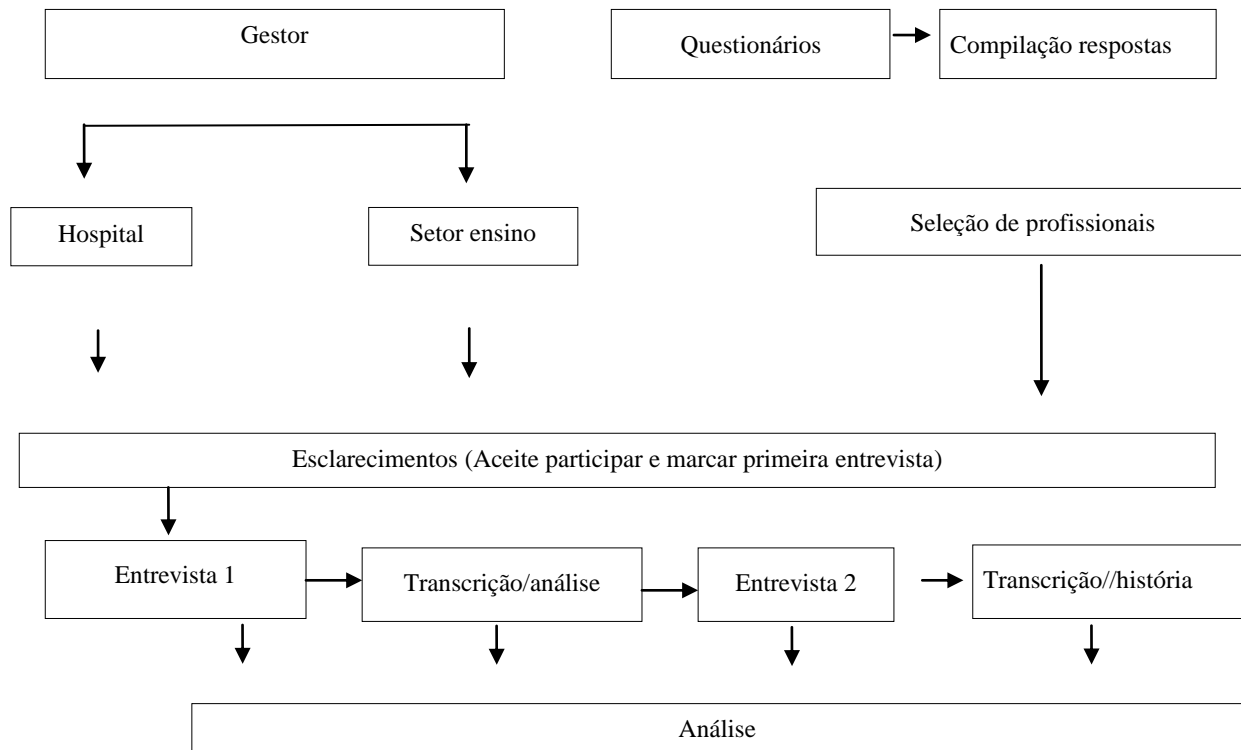
Florianópolis - Santa Catarina - Brasil

CEP: 88040-900 Fone: (48) 3721-9206 cep@reitoria.ufsc.br



**Figura 1** - Modelo para coleta de dados





**Quadro 5-** Pesquisa bibliográfica conforme biblioteca, chave de busca, número de títulos encontrados e número de títulos selecionados. Santa Catarina, 2014.

Base de dados	Chave de busca	Encontrados	Selecionados
Pubmed	"continuing education"[Title/Abstract] OR "continuing medical education"[Title/Abstract] OR "continuing nursing education"[Title/Abstract] OR "education, continuing"[Title/Abstract] OR "education, continuing medical"[Title/Abstract] OR "cross-training employees"[Title/Abstract] OR "Inservice Training"[Title/Abstract] OR "Human Resources Development"[Title/Abstract]) AND ("advanced practice nursing"[Title/Abstract] OR "Nurse* Aide*"[Title/Abstract] OR "Physical Therapists"[Title/Abstract] OR "Hospital Administrators"[Title/Abstract] OR "Nursing Auxiliaries"[Title/Abstract] OR "Nursing Auxiliary"[Title/Abstract] OR "Hospital Medical Staff"[Title/Abstract] OR "Hospital Medical Staffs"[Title/Abstract] OR "Junior Physician"[Title/Abstract] OR "Junior Physicians"[Title/Abstract] OR "Hospital Registrar"[Title/Abstract] OR "Hospital Registrars"[Title/Abstract] OR ("medical staff, hospital"[MeSH Terms] OR ("medical"[All Fields] AND "staff"[All Fields] AND "hospital"[All Fields]) OR "hospital medical staff"[All Fields] OR ("attending"[All Fields] AND "physicians"[All Fields] AND "hospital"[All Fields])) OR "Hospital Attending Physicians"[Title/Abstract])) AND (("hospitals"[MeSH Terms] OR "hospitals"[All Fields]) OR "Hospital Medicine"[All Fields]	182	63

Continua

Continuação Quadro 5 Pesquisa bibliográfica conforme biblioteca, chave de busca, número de títulos encontrados e número de títulos selecionados. Santa Catarina, 2014

Base dados	Chave de busca	Registros encontrados	Registros selecionados
ERIC	("Educação no trabalho" OR "Ensino no trabalho" OR "Educação profissional em saúde publica" OR "Educação profissional" OR "Ensino profissional" OR "Educação continuada" OR "ensino continuado" OR "ensino contínuo" OR "ensino permanente" OR "educação contínua" OR "educação permanente" OR "formação continuada" OR "Educação Continuada em Enfermagem" OR "Capacitação em serviço" OR "capacitação no trabalho" OR "treinamento em serviço" OR "programas de orientação ao empregado" OR "programa de orientação ao empregado" OR Capacitação OR Capacitações OR treinamento* OR "Education, public health Professional" OR "Education, continuing" OR "Education, Nursing Continuing" OR "Inservice training" OR Training OR "Educación en Salud Pública Profesional" OR "Educación continua" OR "Educación continua en enfermería" OR "Capacitación en servicio" OR Capacitación) AND ("Pessoal de saúde" OR saude OR "Recursos humanos em saúde" OR "Recursos humanos" OR "Política publica de Saúde" OR "medicine hospitalar" OR "Médicos hospitalares" OR "Recursos humanos de enfermagem no hospital" OR "Serviço hospitalar de fisioterapia" OR "Cuidados de Assistência" OR Saúde OR "prestação de assistência" OR "prestação de cuidados de saúde" OR "sistemas de assistência" OR medicine OR medic* OR "Corpo clínico hospitalar" OR "Corpo médico hospitalar" OR enfermagem OR enfermeir* OR fisioterapia OR fisioterapeuta* OR "administração hospitalar" OR "administradores hospitalares" OR "Diretores de hospitals" OR "Organização e administração hospitalar" OR "organização e administração de hospitals" OR "gestão hospitalar" OR "supervisão hospitalar" administrador* OR administrado* OR gestor* OR "Gerentes hospitalares" OR "superintendentes hospitalares" OR "direção hospitalar" OR "Health personnel"	305	51

Continua

Continuação Quadro 5 Pesquisa bibliográfica conforme biblioteca, chave de busca, número de títulos encontrados e número de títulos selecionados.Santa Catarina, 2014

Base de dados	Chave de busca	Registros encontrados	Registros selecionados
ERIC	OR "Health manpower" OR "Human resources" OR "Delivery of health care " OR "Hospital medicine" OR hospitalists OR "Medical staff, hospital" OR "Nursing staff, hospital" OR "Physical Therapy Department, hospital" OR "hospital Public Health Policy" OR medicine OR physician* OR "medicine doctor*" OR nursing* OR nurse* OR physic* OR "Hospital administration" OR "Hospital administrations" OR "Chief executive officers, hospital"OR "personal de salud" OR "Recursos Humanos em Salud" OR "Recursos Humanos" OR "prestación de atención de salud" OR "medicine hospitalar" OR "Médicos hospitalarios" OR " Personal de enfermería en hospital" OR "Servicio de Fisioterapia em hospital" OR "Políticas Públicas de Salud" OR "Cuerpo medico de hospitals" OR "administración hospitalaria" OR "administradores de hospital" OR "Directores de hospitals") AND ("Centro(s) hospitalar (s) " OR hospital* OR nosocômio* OR hospitals OR Hospitals OR hospitals) – revisado por pares		
Scientific Eletronic Library on Line (Scielo) Continua	("Educação no trabalho" OR "Ensino no trabalho" OR "Educação profissional em saúde publica" OR "Educação profissional" OR "Ensino profissional" OR "Educação continuada" OR "ensino continuado" OR "ensino contínuo" OR "ensino permanente" OR "educação contínua" OR "educação permanente" OR "formação continuada" OR "Educação	544	12

Continuação. Quadro 5 Pesquisa bibliográfica conforme biblioteca, chave de busca, número de títulos encontrados e número de títulos selecionados. Santa Catarina, 2014

Base de dados	Chave de busca	Registros encontrados	Registros selecionados
Scielo	<p>Continuada em Enfermagem" OR "Capacitação em serviço" OR "capacitação no trabalho" OR "treinamento em serviço" OR "programas de orientação ao empregado" OR "programa de orientação ao empregado" OR Capacitação OR Capacitações OR treinamento* OR "Education, public health Professional" OR "Education, continuing" OR "Education, Nursing Continuing" OR "Inservice training" OR Training OR "Educación en Salud Pública Profesional" OR "Educación continua" OR "Educación continua en enfermería" OR "Capacitación en servicio" OR Capacitación) AND ("Pessoal de saúde" OR saude OR "Recursos humanos em saúde" OR "Recursos humanos" OR "Política publica de Saúde" OR "Medicina hospitalar" OR "Médicos hospitalares" OR "Recursos humanos de enfermagem no hospital" OR "Serviço hospitalar de fisioterapia" OR "Cuidados de Assistência" OR Saúde OR "prestação de assistência" OR "prestação de cuidados de saúde" OR "sistemas de assistência" OR medicina OR medic* OR "Corpo clínico hospitalar" OR "Corpo médico hospitalar" OR enfermagem OR enfermeir* OR fisioterapia OR fisioterapeuta* OR "Administração hospitalar" OR "Administradores hospitalares" OR "Diretores de hospitais" OR "Organização e administração hospitalar" OR "organização e administração de hospitais" OR "gestão hospitalar" OR "supervisão hospitalar" Administrador* OR administrac* OR Gestor* OR "Gerentes hospitalares" OR "superintendentes hospitalares" OR "direção hospitalar" OR "Health personnel" OR "Health manpower" OR "Human resources" OR "Delivery of health care " OR "Hospital medicine" OR hospitalists OR "Medical staff, hospital" OR "Nursing staff, hospital" OR "Physical Therapy Department, hospital" OR "hospital Public Health Policy" OR medicine OR physician* OR "medicine doctor*" OR nursing* OR nurse* OR physic* OR "Hospital administration" OR "Hospital administra</p>		

Continua



Continuação. Quadro 5 Pesquisa bibliográfica conforme biblioteca, chave de busca, número de títulos encontrados e número de títulos selecionados.Santa Catarina, 2014

Base de dados	Chave de busca	Registros encontrados	Registros selecionados
(Scielo)	tions" OR "Chief executive officers, hospital" OR "personal de salud" OR "Recursos Humanos em Salud" OR "Recursos Humanos" OR "prestación de atención de salud" OR "medicina hospitalar" OR "Médicos hospitalariosOR " Personal de enfermería en hospital" OR "Servicio de Fisioterapia em hospital" OR "Políticas Públicas de Salud" OR "Cuerpo medico de hospitales" OR "administración hospitalaria""Administradores de hospital" OR "Directores de hospitals") AND ("Centro(s) hospitalar (s) " OR hospital* OR nosocômio* OR hospitais OR Hospitals OR hospitales) AND ("Promocao da saúde" OR "Promoção em Saúde" OR"Programas de Bem-Estar" OR "promocao em saúde" OR promover OR promoc* OR "promotor*da saúde" OR "promotor* de saúde" OR"Health promotion" OR "promoción de la salud")	174	11
Web of Science	<b>Tópico:</b> ("Educação no trabalho" OR "Ensino no trabalho" OR "Educação profissional em saúde publica" OR "Educação profissional" OR "Ensino profissional" OR "Educação continuada" OR "ensino continuado" OR "ensino contínuo" OR "ensino permanente" OR "educação contínua" OR "educação permanente" OR "formação continuada" OR "Educação Continuada em Enfermagem" OR "Capacitação em serviço" OR "capacitação no trabalho" OR "treinamento em serviço" OR "programas de orientação ao empregado" OR "programa de orientação ao empregado" OR Capacitação OR Capacitações OR treinamento* OR "Education, public health Professional" OR "Education, continuing" OR "Education, Nursing Continuing" OR "Inservice training" OR Training OR "Educación en Salud Pública Profesional" OR "Educación continua" OR "Educación continua en enfermería" OR "Capacitación en servicio" OR Capacitación) <b>ANDTópico:</b>		

Continua

Continuação. Quadro 5 Pesquisa bibliográfica conforme biblioteca, chave de busca, número de títulos encontrados e número de títulos selecionados.Santa Catarina, 2014.

Base de dados	Chave de busca	Registros encontrados	Registros selecionados
Web of Science	<p>"prestación de atención de salud" OR "medicina hospitalar" OR "Médicos hospitalarios" OR " Personal de enfermería en hospital" OR "Servicio de Fisioterapia em hospital" OR "Políticas Públicas de Salud" OR "Cuerpo medico de hospitales" OR "administración hospitalaria" OR "Administradores de hospital" OR "Directores de hospitals") <b>AND</b> <b>Tópico:</b> ("Centro(s) hospitalar (s) " OR hospital* OR nosocômio* OR hospitais OR Hospitals OR hospitales) <b>AND</b> <b>Tópico:</b> ("Promocao da saúde" OR "Promoção em Saúde" OR "Programas de Bem-Estar" OR "promocao em saúde" OR promover OR promoc* OR "promotor*da saúde" OR "promotor* de saúde" OR "Health promotion" OR "promoción de la salud")</p> <p><b>Tempo estipulado:</b> Todos os anos.</p> <p>Idioma da pesquisa=Auto</p>		

**Quadro 6 -** Caracterização sociodemográfica e sócio-profissional dos gestores e profissionais de saúde participantes da pesquisa. Santa Catarina, 2015.

Pseudônimo	Sexo		Faixa etária (em anos)				Profissão				Tempo de Formação (anos)				Empregos anteriores		Tempo no emprego atual anos (a) meses (m)				Horário de trabalho			Outro emprego atual	
	M	F	20-30	30-40	40-50	+50	AE/TE	E	F	M	-5	5-10	10-15	15 +	S	N	-5	5-10	10-15	+15	M	T	N	S	N
Lobão	X				42		X				8/ 1 2						b r						X		X
Jonas	X			33				X			6			X			4 m				X	X		X	
Antonio	X			39				X			8			X			2 m				X	X		X	

Continua

Continuação Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica e sócio-profissional dos gestores e profissionais de saúde participantes da pesquisa. Santa Catarina, 2015.

Pseudônimo	Sexo		Faixa etária (em anos)				Profissão			Tempo de Formação (anos)				Empregos anteriores		Tempo no emprego atual anos (a) meses (m)				Horário de trabalho			Outro emprego atual		
	M	F	20-30	30-40	40-50	+50	AE/TE	E	F	M	-5	5-10	10-15	15 +	S	N	-5	5-10	10-15	+15	M	T	N	S	N
Guga		X	28					X			1				X		1 m				X	X			
Pity		X	30					X				5			X		3 m				X	X			X
George	X			41				X				10			X		b r					X			X
Beta	X		br					X				13					2 a						X		X

Continua

Continuação Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica e sócio-profissional dos gestores e profissionais de saúde participantes da pesquisa. Santa Catarina, 2015.

Pseudônimo	Sexo		Faixa etária (em anos)				Profissão			Tempo de Formação (anos)				Empregos anteriores		Tempo no emprego atual anos (a) meses (m)				Horário de trabalho			Outro emprego atual			
	M	F	20-30	30-40	40-50	+50	AE/TE	E	F	M	-5	5-10	10-15	15 +	S	N	-5	5-10	10-15	+15	M	T	N	S	N	
Lorena		X	28					X			3				X		2						X		X	
		X		32				X				9			X		2						X		X	
Dog	X		br				X					5			X		2				X				X	
Helena		X			4	1		X				7			X		2							X	X	
Tieta		X		34			X					8			X		2						X		X	
Continua																										

Continua

Continuação Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica e sócio-profissional dos gestores e profissionais de saúde participantes pesquisa. Santa Catarina, 2015.

Pseudônimo	Sexo		Faixa etária (em anos)				Profissão			Tempo de Formação (anos)				Empregos anteriores		Tempo no emprego atual anos (a) meses (m)				Horário de trabalho			Outro emprego atual		
	M	F	20-30	30-40	40-50	+50	AE/TE	E	F	M	-5	5-10	10-15	15 +	S	N	-5	5-10	10-15	+15	M	T	N	S	N
Tenente	X		br				X					5				X		5a					X		X
Filomena		X	br				X				br				br						X				X
Pita		X			41		X					11			X				11a		X			br	
Alfa		X		34			X					12			X		2a						X		X

Continua

Continuação Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica e sócio-profissional dos gestores e profissionais de saúde participantes da pesquisa. Santa Catarina, 2015.

Pseudônimo	Sexo		Faixa etária (em anos)				Profissão			Tempo de Formação (anos)				Empregos anteriores		Tempo no emprego atual anos (a) meses (m)				Turno de trabalho			Outro emprego atual		
	M	F	20-30	30-40	40-50	+50	AE/TE	E	F	M	-5	5-10	10-15	15 +	S	N	-5	5-10	10-15	+15	M	T	N	S	N
Eureka		X				54	X							34	X					28			X		X
SP		X			42		X							25		X	b				X				
Larissa		X	28				X			br					X		b				X				
Seara	X		br				X				8						1				X				x
																	0								
																	m								

Continua

Continuação Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica e sócio-profissional dos gestores e profissionais de saúde participantes da pesquisa. Santa Catarina, 2015.

Pseudônimo	Sexo		Faixa etária (em anos)				Profissão				Tempo de Formação (anos)				Empregos anteriores		Tempo no emprego atual anos (a) meses (m)				Turno de trabalho			Outro emprego atual	
	M	F	20-30	30-40	40-50	+50	AE/TE	E	F	M	-5	5-10	10-15	15 +	S	N	-5	5-10	10-15	+15	M	T	N	S	N
Tereza		X		38			X										b	r			X				X
Francisco	X			38			X					15			X				11	a					
Nero	X		br				X						30		X				14	a	X				
Penélope		X	br				X					15							17	a	b	r			X

Continuação



Continuação Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica e sócio-profissional dos gestores e profissionais de saúde participantes da pesquisa. Santa Catarina, 2015.

Pseudônimo	Sexo		Faixa etária (em anos)				Profissão			Tempo de Formação (anos)				Empregos anteriores		Tempo no emprego atual anos (a) meses (m)				Turno de trabalho			Outro emprego atual		
	M	F	20-30	30-40	40-50	+50	AE/TE	E	F	M	-5	5-10	10-15	15 +	S	N	-5	5-10	10-15	+15	M	T	N	S	N
Filipi		X					X					9			X			9a					X		X
		X	29				X					9						9a			X				X
		X		X			X					9						9a			X				X
		X	29						X			7			X			6a			X			X	

Continua

Continuação Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica e sócio-profissional dos gestores e profissionais de saúde participantes da pesquisa. Santa Catarina, 2015.

Pseudônimo	Sexo		Faixa etária (em anos)				Profissão				Tempo de Formação (anos)				Empregos anteriores		Tempo no emprego atual anos (a) meses (m)				Turno de trabalho			Ou- tro em- pre- go atual	
	M	F	20-30	30-40	40-50	+50	AE/TE	E	F	M	-5	5-10	10-15	15 +	S	N	-5	5-10	10-15	+15	M	T	N	S	N
Barbara		X		34					X			8				X		8a			X				
Anésia		X			44				X				20	X						16a		X			X
Ximena		X		31					X			8			X		4a					X			
Homero	X		br										23			X				20a	X				X
Continua																									

Continuação Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica e sócio-profissional dos gestores e profissionais de saúde participantes da pesquisa. Santa Catarina, 2015.

Pseudônimo	Sexo		Faixa etária (em anos)				Profissão				Tempo de Formação (anos)				Empregos anteriores		Tempo no emprego atual anos (a) meses (m)				Turno de trabalho			Outro emprego atual		
	M	F	20-30	30-40	40-50	+50	AE/TE	E	F	M	-5	5-10	10-15	15 +	S	N	-5	5-10	10-15	+15	M	T	N		S	N
Diógenes	X		br						X				17	X			br				X				X	
John	X		br							X	8			X			6a				X					X
Sebastian	X		br							X	38			X						35a	X*	X*			X	
Jota	X					55				X			30	X						25a	X	X			X	

Continua

Continuação Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica e sócio-profissional dos gestores e profissionais de saúde participantes da pesquisa. Santa Catarina, 2015.

Pseudônimo	Sexo		Faixa etária (em anos)				Profissão			Tempo de Formação (anos)				Empregos anteriores		Tempo no emprego atual anos (a) meses (m)				Turno de trabalho			Outro emprego atual		
	M	F	20-30	30-40	40-50	+50	AE/TE	E	F	M	-5	5-10	10-15	15 +	S	N	-5	5-10	10-15	+15	M	T	N	S	N
Angélico	X		br							X			30			X			27a		X	X			X
Doctorzin	X									X		13			X						X	X	X		
Lukas	X					54		X			7				X		2a				X				X
Nurse		X	34					X			12				X		9a				X	X			X

C Continua

Continuação Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica e sócio-profissional dos gestores e profissionais de saúde participantes da pesquisa. Santa Catarina, 2015.

Pseudônimo	Sexo		Faixa etária (em anos)				Profissão				Tempo de Formação (anos)				Empregos anteriores		Tempo no emprego atual anos (a) meses (m)				Turno de trabalho			Outro emprego atual	
	M	F	20-30	30-40	40-50	+50	AE/TE	E	F	M	-5	5-10	10-15	15 +	S	N	-5	5-10	10-15	+15	M	T	N	S	N
Cleópatra		X		3 6					X			1 5			X		4 a				X				X
Maquiavel	X			3 3						X		1 0				X	4 a				X	X			
Heráclito	X					X				X			51	X						19 a	X	X			

Continua

Continuação Quadro 6 - Caracterização sociodemográfica e sócio-profissional dos gestores e profissionais de saúde participantes da pesquisa. Santa Catarina, 2015.

Pseudônimo	Sexo		Faixa etária (em anos)				Profissão				Tempo de Formação (anos)				Empregos anteriores		Tempo no emprego atual anos (a) meses (m)				Turno de trabalho			Outro emprego atual	
	M	F	20-30	30-40	40-50	+50	AE/TE	E	F	M	-5	5-10	10-15	15 +	S	N	-5	5-10	10-15	+15	M	T	N	S	N
Midwife		X				55		X					31	X			4 m				X	X			
Epitáfio	X					59		X					23	X			1 m				X	X			X
Maria		X	29					X				5			X		1 a 9 m						X		X
Davi Luis	X		br				X				3					X	3 a				X	X			X

Sexo: M = masculino; F = feminino; Profissão: AE/TE = auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem; E = enfermeira (o); F = fisioterapeuta; M = médico

Turno de trabalho: M = manhã; T = tarde; N = noite

Empregos anteriores e outros empregos atuais: S = sim; N = não

**Quadro 7-** Atividades internas e externas de educação no trabalho no hospital 1, realizadas por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros de acordo com o tipo, modalidade (interna, externa) e ano Santa Catarina, 2016.

Tipo	Ano		Modalidade		Capacitação/ Conferência		Congresso		Curso		Encontro		Fórum		Outros		Palestra/ Reciclagem		Reunião		Treinamento	
	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E
2009	I	E	1	1			1	2	1													
					74	55									5 <sup>a</sup>		4 <sup>a</sup>	1	1/1	5	3	1
2010	I	E	/1				4	2									1 <sup>b</sup>					
									74	54			1	1	9		8 <sup>a,c</sup>		5	6	2	1
2011	I	E	1				1	3	4								2 <sup>d,e</sup>					
									81	64									4	5	7	6

Continua

Continua



Continuação Quadro 7 Atividades e internas externas de educação no trabalho no hospital 1, realizadas por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros de acordo com o tipo, modalidade (interna, externa) e ano Santa Catarina, 2016.

	Tipo	Ano	Modalidade	Capacitação/ Conferência		Congresso		Curso		Encontro		Fórum		Outros		Palestra/ Reciclagem		Reunião		Treinamento	
				AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E
2012	E	I	E	1	1		4	4	11		1		1	1 <sup>d</sup>		1 <sup>d</sup>					2
								43	39		1		2	1 <sup>f</sup>	2 <sup>fg</sup>	1	3		1		2
2013	E	I	E	1		1		15	13	1	2			1 <sup>e</sup>	3 <sup>ce</sup>	3	4/				
				/1	/1	1		45	49	1		1	1	5 <sup>ae;h;ijk</sup>	5 <sup>ae;h;ijk</sup>	2	2	1	1	14	15
2014	E	I	E			1	2	8	13	1	4				6 <sup>cd;g;i</sup>						
									45	54		2	2	5 <sup>ed;g,h;l</sup>	9 <sup>d;e;g,h;l</sup>			2	2	11	12

a semana de enfermagem; semana interna de prevenção de acidentes; b: feiras; c: workshop; d: simpósio; e: visita técnica; f: semana de aleitamento materno; g seminário; h atualização;i jornada;j semanas profissionais comemorativas;k semana brigada de incêndio;l semana de prevenção de úlceras

Modalidade: E – externa; I - interna

**Quadro 8-** Atividades externas e internas de educação no trabalho do hospital 1 realizadas pelos fisioterapeutas e médicos. Santa Catarina, 2016.

	Ano			Tipo
	2011	2010	2009	
	I	E	I	E
	Modalidade			
Atualização	Fisioterapeuta			
	Médico			
Congresso	Fisioterapeuta			
	Médico			
Curso	Fisioterapeuta			
	Médico			
Fórum	Fisioterapeuta			
	Médico			
Encontro	Fisioterapeuta			
	Médico			
Outros	Fisioterapeuta			
	Médico			
Palestra	Fisioterapeuta			
	Médico			
Reunião	Fisioterapeuta			
	Médico			
Seminário	Fisioterapeuta			
	Médico			
Simpósio	Fisioterapeuta			
	Médico			
Treinamen- to	Fisioterapeuta			
	Médico			
Workshop	Fisioterapeuta			
	Médico			

Continua

Continuação Quadro 8 - Atividades externas e internas de educação no trabalho do hospital 1 realizadas pelos fisioterapeutas e médicos. Santa Catarina, 2016

Tipo	Ano		2012		2013		2014		Atualização
	Modalidade		I	E	I	E	I	E	
Fisioterapeuta	Médico	3	20	1	11 <sup>n</sup>	1	2	1	Curso
Fisioterapeuta	Médico	1	1	1	15	1	1	1	Fórum
Fisioterapeuta	Médico	1	1	1	15	1	1	1	Encontro
Fisioterapeuta	Médico	1	1	1	15	1	1	1	Outros
Fisioterapeuta	Médico	1	1	1	15	1	1	1	Palestra
Fisioterapeuta	Médico	1	1	1	15	1	1	1	Reunião
Fisioterapeuta	Médico	1	1	1	15	1	1	1	Seminário
Fisioterapeuta	Médico	1	1	1	15	1	1	1	Simpósio
Fisioterapeuta	Médico	1	1	1	15	1	1	1	Treinamento
Fisioterapeuta	Médico	1	1	1	15	1	1	1	Workshop

m=SIPAT; semana brigada da emergência e semana da enfermagem; n =curso de 8 módulos;

**Quadro 9-** Atividades e internas externas de educação no trabalho no hospital 2, realizadas por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros de acordo com o tipo, modalidade (interna, externa) e ano Santa Catarina, 2016.

	Ano		Modalidade	Atualização/ Capacitação		Congresso		Curso		Encontro/ Fórum		Jornada		Oficina/ outros		Palestra/ Pós-graduação		Reunião/ Semana Inter- na		Seminário		Simpósio		Treinamento		Visita técnica	
	I	E		AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E
2009	I	E	6/1	1/1	1	5	4	6			2/1 <sup>a</sup>	5			1/1	1/1	1/1	1	4	3	1	2	1	1	2	1	2
2010	I	E		1/	2	2	5	4	2		/2 <sup>b</sup>	2	1/2	/1	/1		10	9									
2011	I	E	4/3/		2	1	6	1/4/2			2/1 <sup>a</sup> 2 <sup>d</sup>	/1	/8		1	1	1							11	1	2	
											/1 <sub>c</sub>	/1 <sub>c</sub> 2 <sub>e</sub>															

Continua

Continuação Quadro 9- Atividades e internas externas de educação no trabalho no hospital 2, realizadas por auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros de acordo com o tipo, modalidade (interna, externa) e ano Santa Catarina, 2016.

	Ano	Modalidade	Atualização/ Capacitação		Congresso		Curso		Encontro/ Fórum		Jornada		Oficina/ outros		Palestra/ Pós-graduação		Reunião/ Semana Interna		Seminário		Simpósio		Treinamento		Visita técnica	
			AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E	AE/TE	E
2012		E			1		1		1				1/		2/			6		3					3	
		I	5/	3/			4	4					1 <sup>c</sup>	2/	1/		1/	1	1			9	8			
2013		E	/1	/1			2	1		1/			1/		/1		/1	5		1			2	1	4	
		I		/3				0					/2 <sup>f</sup>	4/	4/	/1	2/					6	9			
2014		E					8		2				1		2		1/	3					1	1		
		I	/1				2	3					1 <sup>g</sup>	4/	1	1/	1	1				9	3			
													1 <sup>f</sup>		2	2										

a= feira; b = 1 evento de oncologia e 1 sobre NR 32; c = acolhimento; d = audiência e ciclo de estudos; e= 1 aula e 1 atividade comemorativa; f= rede sentinela e hemovigilância; g= videoaula

\* 1Curso oferecido para enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas; 1 para a equipe de enfermagem; 2 para unidades específicas;1 para equipe de saúde;

**Quadro 10** - Atividades externas e internas de educação no trabalho do hospital 2 realizadas pelos fisioterapeutas e médicos. Santa Catarina, 2016.

Atividade						Tipo
2011	2010	2009	Ano			
I	E	I	E	I	E	Modalidade
					1	Fisioterapeu- Médico
					1/ 11	Fisioterapeu- Médico
					1/ 13	Conferência/ Congresso
					1/	Curso/ Encontro
					2/	
					2/2	Fórum
						Médico
						Jornada
						Médico
						Oficina/ outros
						Médico
						Palestra/ Pós- graduação
					1	Reunião
						Médico
						Seminário
						Médico
						Simpósio
						Médico
						Treinamento
					1	Médico
						Visita técnica
						Médico



Continuação Quadro 10 - Atividades externas e internas de educação no trabalho do hospital 2 realizadas pelos fisioterapeutas e médicos. Santa Catarina, 2016.

Continua	2013		2012		Ano		Tipo
	I	E	I	E	Modalidade		
	1		2		Fisioterapeuta	Capacitação	
					Médico		
				1	Fisioterapeuta	Conferência/ Congresso	
		/24	15		Médico		
			1		Fisioterapeuta	Curso/ Encontro	
		10/ 1	/1		Médico		
					Fisioterapeuta	Fórum	
					Médico		
					Fisioterapeuta	Jornada	
					Médico		
		1			Fisioterapeuta	Oficina/ outros	
				/1 <sup>a</sup> 1 <sup>b</sup>	Médico		
		1/ 1		2	Fisioterapeuta	Palestra/ Pós-graduação	
			1 /		Médico	Reunião	
					Fisioterapeuta		
		1			Médico	Seminário	
					Fisioterapeuta		
					Médico	Simpósio	
		2			Médico		
			1		Fisioterapeuta	Treinamento	
			1		Médico		
					Fisioterapeuta	Visita técnica	
					Médico		

Continuação Quadro 10 - Atividades externas e internas de educação no trabalho do hospital 2 realizadas pelos fisioterapeutas e médicos. Santa Catarina, 2016.

	2014	Ano	Tipo
I	E	Modalidade	Capacitação
			Conferência/ Congresso
			Curso/ Encontro
			Fórum
			Jornada
			Oficina/ outros
			Palestra/ Pós-graduação
			Reunião
			Seminário
			Simpósio
			Treinamento
			Visita técnica

A= missão; b= acolhimento; cv= semana interna; d=pós-graduação à distância.